Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

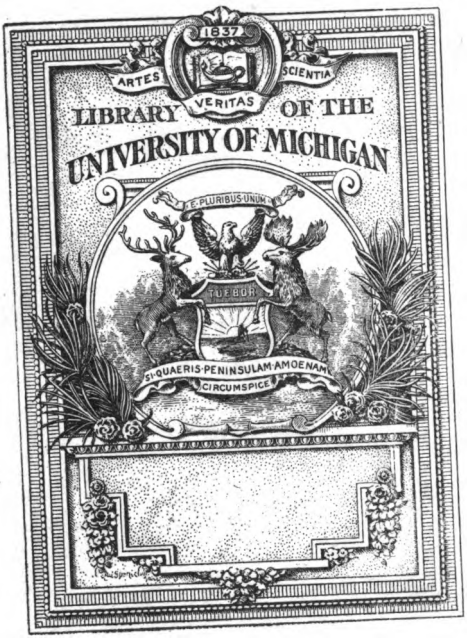
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google



Digitized by Google

610.5
M74
04

Digitized by Google

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

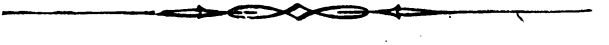
Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Zweiundzwanzigster Jahrgang.



BERLIN 1888.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.

Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Digitized by Google

Digitized by Google

I. Sach-Register.

Abscess, acuter der Nasenscheidewand 246.
—, chronischer, sich in einem Mandelstumpf entwickelnd 284.
Abscesse, üb. die nach Ohreiterungen sich einstellenden intracraniellen u. ihre Behandlung 273.
Acne des Gesichts, durch chronische Rhinitis bedingte 22.
Actinomycosis, über 83.
Adenoide Geschwülste des Nasenrachenraums, Zusammenhang der mit den Mittelohrerkrankungen b. Kindern 222.
Adenoides Gewebe d. Zungenbasis, das als Ursache der Halsübel 285.
— — in der Fossa epiglottidea, Hypertrophie des 139.
Adenoide Wucherungen, Fortbestehen der Stimmstörung nach Entfernung der 318.
Aërocelen des Halses 192.
Aetzmittel, üb. d. Anwendung von in der Nasenhöhle 186.
Allgemeininfection, üb. e. von e. Otitis media suppurat. ausgehende u. durch den Bac. pneumon. (Friedländer) bedingte 200. 229.
Amygdalitis, Ansteckung d. folliculären 224.
—, Anwendung des Cocain als Palliativum bei acuter 78.
Anästhesie, zur b. kleineren chirurg. Eingriffen 306.
Angina als Beginn des Typhus 286.
— diphtheritica, üb. eine Methode der Behandlung der durch Entfernung d. Pseudomembran u. durch Aetzung d. unterliegenden Schleimhaut mittelst e. Antisepticums 286.
—, üb. einige Fälle v. häutiger 113.
Angiome, arterielle der Zunge u. des Zahns 53.
Antifebrin bei Phthisis 55.
Antisepsis, die in d. Ohrenheilkunde 105.
Antiseptica, Beiträge z. Kenntniss d. 194.
Aortenaneurysma 254.
Aphonie, Fall von hysterischer, durch hypnotische Suggestion geheilt 319.
—, nervöse, geheilt durch locale Anwendung von Cocain 342.
Aprosexia, Beiträge zur 335.
Arteria pharyngea ascendens, e. Anomalie der 140.
Arterien, Fälle von sichtbar pulsirenden an der Hinterwand des Pharynx 165.
Athemwege, neue Behandlung einiger Krankheiten der vermittelst Einführung gasförmiger Medicamente ins Rectum 29.
Athmen, Studie üb. d. Physiologie des b. d. Sängern 114.
Athmoscop, das 194.
Athmung, die natürliche nach d. Luftröhrenschnitt herzustellen und ihre Behandlung durch Catheterisation d. Luftröhre 170.
Atrophie der Thoraxmuskeln b. Tuberculose 194.

Bacterien, über die Pathogenität der bei eitrigen Processen d. Ohres 307.
Bauchrednerkunst, über 247.
Benzinwasser bei Ozaena und eitriger Rhinitis 185.
Bericht üb. die an d. k. k. Univ.-Klinik für Ohrenkrankheiten des Prof. Dr. Jos. Gruber in Wien im J. 1887 ambulatorisch behandelten Kranken 219. 237.

138576

Digitized by Google

Bericht üb. Prof Dr. Jul. Böke's Abtheilung für Ohrenkranke im Rochusspitale im J. 1887 132.
Blutcyste der Zunge 166.
Bolzen, Extraction eines aus d. rechten unt. Bronchialast VI. Ordnung 147.
Boracic acid, best form of for use in the ear 164.
Borsäurepulver, die Behandlung der Otorrhoe mit 71.
Bronchialast, Extraction eines Bolzens aus d. rechten unteren VI. Ordnung 147.
Bronchus, Fremdkörper im 83.
Bursa pharyngea, Cyste der 217.
— —, galvanocaustische Zerstörung der von auffallendem Erfolge 215.
— —, mit negativem Erfolge behandelt 214. 215.
— —, üb. Erkrankung der 169.
— — und Tonsilla pharyngea 207.

Canüle, üb. e. Verfahren, die Einführung der nach d. Tracheotomie entbehrlich zu machen 343.
Carcinom, Heilung eines Falles von Larynx- durch Larynxexstirpation m. Herstellung normaler Respiration u. Phonation 144.
Caries des Schläfenbeines m. Prolapsus cerebelli 74.
Catheterisation der Luftröhre, d. natürl. Athmung nach d. Luftröhrenschnitt herzustellen durch die 170.
Cerebro-Spinal-Meningitis, sudden and total deafness a symptom of 164.
Cholesteatome d. Trommelfelloberfläche, Verfahren bei 298.
Cholesteatomfrage, zur 75.
Chorea laryngea, Beitrag zur Lehre der 287.
Citronensäure, Einspritzen von b. Nasenbluten 246.
Cocain, Anwendung des als Palliativum b. acut. Amygdalitis 78.
—, Behandlung der Mandelentzündung mit 188.
Cocain. muriaticum als Haemostaticum bei Nasenbluten und in der Rhinochirurgie 186.
Cocain, nervöse Aphonie, geheilt durch locale Anwendung von 342.
Corti'sches Organ, Beitrag z. Frage üb. d. Verbindung der Corti'schen und Deiter'schen Zellen des und deren Gestalt 197.
Croup, diphtheritischer, Tracheotomie, Diphtherie d. Wunde, Heilung 166.
—, Tubage des Kehlkopfs bei 225.
Cyste d. Unterzungenbeingegend etc. 285.
Cystenkropf, d. Behandlung des 141.

Deafness, sudden and total, a symptom of Cerebro-Spinal-Meningitis 164.
Diphtherie, Intubation des Kehlkopfes wegen 143.
—, Pfeffermünzöl als Mittel gegen 191.
Diphtheritis, Auswischen des Kehlkopfs bei 319.
Diphtheritis-Epidemie, über Ausbruch einer 167.
Diphtheritis, Vergleich zwischen den Vortheilen von Tracheotomie u. Intubation des Kehlkopfes bei der Behandlung der 319.
Drüsengewebe, Hypertrophie des am Zungengrunde 139.
Ductus Warthonianus, Stein im 248.
Durchleuchtung, die des Kehlkopfes u. anderer Höhlen des menschl. Körpers 299.

Ecraseur, Beschreibung eines neuen galvano-thermischen 191.
Eiter, üb. d. blauen 277.
Electrode, e. modificirte Ohr- (u. Kehlkopf-) 117.
Empyem der Oberkieferhöhle, über 307.
Entzündung des äusseren Gehörganges und des Trommelfelles, e. Fall von primärer croupöser 173.
Epiglottis, d. Function der Uvula und der 139.
Epitheliom, Fall von totaler Ausschneidung des Kehlkopfes wegen 190.
—, 2 Fälle von Ausschneidung der Zunge etc. 188.
Epithelioma der Zunge, der Mundhöhle u. des Arcus palatoglossus 187.
— des Larynx, Laryngectomie bei 189.
—, üb. Lippen-, Zungen- u. Wangenbeim Weibe 341.
Erwiderung an Dr. Brockmann von Dr. J. Gottstein 218.
Erysipel der oberen Luftwege, e. Fall von 170.
— der Ohrmuscheln 73.
— des Pharynx 165.

Digitized by Google

Felsenbeincaries, z. Statistik der lethalen intracraniellen Folgeerkrankungen der 308.
Fibrom des Nasenrachenraumes, grosses 223.
Fossa epiglottidea, Hypertrophie des adenoiden Gewebes in der 139.
Fractura manubrii mallei 238.
Frédéric III, la maladie de l'empereur 287.
Fremdkörper der linken Nasenhälfte, e. putride Rhinitis hervorrufend 186.
— der Nase, 2 Fälle, betreffend die Diagnose u. d. Behandlung der 223.
— im äusseren Gehörgange 237.
— im Bronchus 83.
— im Kehlkopf, e. Fall von 156.
— im Larynx 190.
—, Laryngotomie u. Tracheotomie bei 226.
— im Ohre eines 4jähr. Kindes; meningitische Erscheinungen, verursacht durch einen 183.
— in d. linken Nasenhöhle, e. fötiden Nasencatarrh hervorrufend 224.
— in der Nase 224.
Furunkel, über Natur und Behandlung des, besonders im äusseren Ohre 277.

Ganglion, supraclaviculäres in e. Fall von Uteruskrebs 255.
Gasgeschwülste oder Aërocelen des Halses 192.
Gasclystiere v. Kohlensäure u. Schwefelwasserstoff, über den Werth der bei Tuberculose 30.
Gasinjectionen, Rectal- 30.
Gaumen, ein Fall von vollständ. Verwachsung des weichen m. d. Rachenwand 78.
Gaumenhaken, e. feststellbarer 78.
Gaumenhakenhalter, e. neuer 182.
Gehirnlocalisation, zur 128.
Gehörgang, Fremdkörper im äusseren 237.
— und Trommelfell, e. Fall von primärer croupöser Entzündung des äusseren 173.
Gehörgangsexostose, Operation einer elfenbeinharten 133.
Gehörorgan, 3 seltene Abnormitäten des, in Folge deren Taubheit eingetreten ist 50.
Gesangstimme, Hygiene der 114.
Geschwür, einfaches perforirendes der Nasenscheidewand 187.
Geschwüre an d. Zunge, eingebildete 282.
Glandula thyroidea. Folgen der Totalexstirpation der 28.
Glottis, überzählige 24.
Glottiserweiterer, Lähmung der 24.
—, Parese der als Symptom der beginnenden Tabes 55.
Glottisstenosen bei Tuberculose, Beitrag z. Lehre der 115.

Hämatom des Larynx, traumatisches 27.
Halscysten, üb. e. neue Art von 29.
Halsentzündungen, Kohlengas als Ursache von 165.
Halsgeschwulst, angeb. knorpelige 56.
Halsgymnastik bei der Behandlung der eunuchoiden Stimme und der hysterischen Aphonie 113.
Hammer, 2 Fälle von operativer Entfernung des 133.
Hautbronchialfisteln, Beitrag z. Lehre von den 31.
Herpes auricularis idiopathicus, e. Fall von, m. completer gleichseitiger Facialislähmung 237.
Heuasthma, üb. d. Pathogenese des 317.
Heufieber und Rosenschnupfen, Behandlung des 246.
Hirnabscess, Fall von durch Ohrenerkrankung bedingtem mit Operation. Heilung 184.
Hörnerv, über electr. Erregbarkeitsprüfungen am 335.
Hörschärfe, üb. d. Methoden zur Bestimmung der 334.
Hypertrophie des Drüsengewebes am Zungenrande 139.
Hypnose, üb. Heilung eines Falles von Taubheit durch 306.

Intubation des Kehlkopfes weg. Diphtherie 143.
— des Larynx, über die O'Dwyersche 169.
— und Tracheotomie 170.
Intubationsapparat, Modificationen am O'Dwyer'schen 169.

Kehlkopf, Beiträge z. Lehre v. d. Innervation u. d. Lähmungen des 93.
—. Bruch des, Emphysem des Halses, Laryngotomie, Tod 142.
—, die Durchleuchtung des u. anderer Höhlen des menschl. Körpers 299.

Digitized by Google

Kehlkopf, d. Krankheiten d. m. Einschluss d. Laryngoscopie u. d. local-therapeut. Technik f. pract. Aerzte und Studirende 108. 134.
—, die Regio subglottica des 54.
—, ein Fall von Bruch des, als Folge einer Körperverletzung 142.
—, e. Fall von Fremdkörper im 156.
—, Fall von totaler Ausschneidung des wegen Epitheliom 190.
—, halbseitige Exstirpation des 172.
—, Perichondritis des, Tracheotomie. Heilung 189.
—, üb. d. Entfernung patholog. Secrete aus dem vermittelst forcirter Wasserinjectionen 120.
— -Abscess, e. Fall v. idiopathischem 28.
— — 2 Fälle von idiopath. innerem 27.
— -Exstirpation, üb. totale 252.
— -Lähmung, doppelseitige durch acute Laryngitis 190.
Kehlkopfmuskeln, Lähmung u. Krampf der, Beitrag z. Diagnose der beginnenden Tabes 114.
—, üb. d. Innervation, d. Functionen u. die Lähmung einiger 25.
Kehlkopfschwindsucht, üb. Tracheotomie bei 143.
Kehlkopfverengerung, Fall von erfolgreicher Laryngotomie bei 142.
Keuchhusten, üb. d. Natur des u. Beschreibung einer neuen Behandlungsweise 24.
Kiemenbogenrest am Halse, congenitaler 81.
Klette, Entfernung einer in d. Kehlkopf gelangten mittelst Tracheotomie 26.
Knötchen der Sänger, über die 225.
Kohlengas als Ursache von Halsentzündungen 165.
Krebs, über Larynxexstirpation bei 251.
Kropf, angeborener 141.
—, Bericht üb. einige Fälle von 167.
—, hypertrophischer mit secund. Knoten im Schädelknochen 168.
Kropfcysten, exstirpirte 249.

Labyrinth, die Entstehung, Topographie u. Befestigung der beiden Säckchen des häutigen 4.
—, Untersuchungen üb. Pilzinvasion des im Gefolge von Masern 185.
Laryngectomie bei Epithelioma des Larynx 189.
Laryngotomia intercricothyroidea wegen einer Larynxverengerung 25.
Laryngotomie v. Dr. Jul. Boeckel 171.
Laryngismus stridulus, die adenoiden Pharynxgeschwülste in Bezug auf 188.
Laryngitis, diphtheritische bei einem Erwachsenen. Fehlen d. Pharyngitis u. der Pseudomembranen im Pharynx. Heilung 113.
—, doppelseitige Kehlkopflähmung durch acute 190.
—, e. Fall von subacuter oedematöser 319.
— hypoglottica hypertrophica 168.
—, tertiäre syphilit., Tracheotomie, Canüle während 7 Mon., Heilung 115.
—, üb. Stimmstörungen b. der acuten catarrhalischen 225.
Laryngologie, Ludwig Mende u. seine Beziehungen zur 158.
Larynx-Carcinom, Heilung e. Falles von durch Larynx-Exstirpation mit Herstellung normaler Respiration und Phonation 144.
Larynxexstirpation 55.
— bei Krebs, über 251.
—, Heilung eines Falles von Larynxcarcinom durch 144.
—, z. Erklärung d. Shock nach der 145.
Larynx, Fremdkörper im 190.
—, Laryngectomie b. Epithelioma des 189.
—, Laryngotomie und Tracheotomie bei Fremdkörpern im 226.
— mit 6 Stimmbändern u. überzähliger falscher Glottis; narbige Einziehung der Ligamenta arytaeno-epiglottica 115.
—, Papillome des 190.
—, traumatisches Haematom des 27.
—, üb. die O'Dwyer'sche Intubation des 169.
Larynx- und Trachealpolyp auf natürl. Wege entfernt etc. 226.
Larynxcarcinom 250. 251.
—, e. Fall von 250.
Larynxcomplicationen bei Typhus 26.
Larynxleiden, object. Befund der drei grossen: Tuberculose, Syphilis und Krebs 144.
Larynxpapillom 79.
Larynxphthise, d. Behandlung der 55.
Larynxpolyp, ein Fall von, spontane Entfernung, Heilung 80.
Larynxschwindel 190.
Larynxtuberculose, d. Schwefelwässer bei 252.
—, üb. d. Localbehandlung der 170.

Digitized by Google

Larynxtumoren, palliative Behandlung der mittelst Tracheotomie 189.
Larynxverengerungen nach Typhus 227.
Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane 129.
— d. Ohrenheilkunde von Gruber 309.
Ligamenta arytaenoepiglottica, narbige Einziehung der 115.
Luftwege, üb. Therapie der oberen 243.
Lupus des Mundes 140.

Mandelentzündung, Behandlung der m. Cocain 188.
Mandelschanker 78.
Mandelsteine, Ausstossung von aus d. Tons. pharyngea 214.
—, Ereignisse, hervorgebracht durch 78.
Masern, üb. Pilzinvasion des Labyrinths im Gefolge von 185.
Medulla oblongata, üb. d. Athmungscentren der 145.
Mende, Ludwig u. s. Beziehungen z. Laryngologie 158.
Ménière, z. Morbus 163.
Meningitische Erscheinungen, verursacht durch e. Fremdkörper im Ohre eines vierjähr. Kindes 183.
Micrococcus, Untersuchungen über einen im Secret des Nasenrachenraumes 149.
Milchnahrung durch d. Nase beim Säugling 245.
Milchsäure, d. Anwendung von b. chron. suppurat. Otitis 337.
Mittelohr, e. Fall v. Soor des 105.
Mittelohrcatarrh, Verfahren bei chronischem feuchten; künstl. Trommelfell 297.
Mittelohreiterungen, über alternirende 333.
Mittelohrentzündung, behinderte Nasenathmung und eitrige 51.
—, üb. d. Behandlung der chron. eitrigen 336.
Mittelohrleiden, Verwerthung des posit. u. negat. Valsalva'schen Versuches in d. Behandlung von 73.
Morbus Basedowii 25.
—, Heilung eines durch Besserung eines Nasenleidens 338.
Morbus Ménière 163.
Mund, trockener 140.
Mundhalter, üb. e. practischen f. d. Ohrenspiegel 106.
Mundhöhle, Rachen u. Nase, d. Krankheiten der 22.
Mundtuberculose, 7 Fälle von 286.
Myxödem, Bericht über 192.
—, Fälle mit Neigung zu Blutungen bei 168.

Nasalreflex, d. pathologische 51.
Nase, e. neue Methode, e. Nasenbandage anzuwenden z. Verbesserung der Formveränderungen der 133.
—, Fremdkörper in der 224.
—, Milchnahrung durch die beim Säugling 245.
—, Notiz üb. Operationen im hint. Abschnitte der, unt. Leitung des Fingers 119.
—, 2 Fälle, betreffend d. Diagnose u. d. Behandl. der Fremdkörper der 223.
Nasenathmung, behinderte, u. eitrige Mittelohrentzündung 51.
Nasenbandage, e. neue Methode, eine solche anzuwenden z. Verbesserung d. Formveränderungen der Nase 133.
Nasenbluten, Anwendung des Cocain. muriat. als Haemostaticum bei, u. in d. Rhinochirurgie 186.
—, Einspritzen sehr heissen Wassers als leichtes Mittel, das schwere zu stillen 223.
—, Einspritzen v. Citronensäure b. 246.
—, üb. das als „seniles Nasenbluten" bekannte 245.
Nasencatarrh, Fremdkörper in der linken Nasenhöhle, einen foetiden hervorrufend 224.
Nasenflügel, Gumma der inneren Fläche des 246.
Nasensäge, stellbare 52.
Nasenhöhle, üb. d. Anwendung v. Aetzmitteln in der 186.
Nasenleiden, Heilung eines Morb. Basedowi durch Besserung eines 338.
—, üb. die u. ihren Zusammenhang m. anderen Organleiden, sowie über Reflexneurosen 277.
— u. ihr Zusammenhang m. and. Organleiden etc. 323.
Nasenmuschel, üb. e. eigenthüml. Form der Entzündung der 206.
Nasenpolyp, was ist man berechtigt, so zu nennen? 152.
Nasenpolypen, üb. d. Schleimgehalt der 321.
Nasenrachenpolyp. Temporäre Resection des Oberkiefers 223.
Nasenrachenraum, grosses Fibrom des 223.

Digitized by Google

Nasenrachenraum, Untersuchungen üb. e. Micrococcus im Secret des 149.
—, Zusammenhang der adenoiden Geschwülste des mit den Mittelohr-Erkrankungen bei Kindern 222.
Nasenrespirator, verbunden m. Mundrespirator 187.
Nasenscheidewand, acuter Abscess der 246.
—, einfaches perforirendes Geschwür der 187.
Nasenstein, ein 224.
Nasentampon, üb. einen 108.
Nasentuberculose, über 246.
Naturforscherversammlung, Verhandlungen d. otiatr. Section der 61. in Cöln 1888 306.
Nerv. recurrens sup., Beitrag z. Physiologie des 145.
Nussschale, eine 10 Monate hindurch in d. Luftröhre 112.

Oberkiefer, Tumor des 54.
Oberkieferhöhle, üb. Empyem der 307.
Oesophagotomie, e. Fall von 254.
—, e. Fall von wegen e. eingeklemmten künstl. Zahnplatte; Heilung 284.
Oesophagus, Recurrenscompression durch e. organ. Verengerung des 146.
—, üb. Varices des b. Störungen im Pfortadersystem 31.
Ohr, Beiträge z. Pathologie und pathol. Anatomie des 70.
—, üb. Conservirung u. microscop. Untersuchung des inneren 306.
—, üb. d. Vorkommen grünen Eiters im 145.
—, üb. d. Gebrauch v. Schröpfköpfen statt Blutegeln b. acuten Entzündungen des 73.
—, z. Anatomie u. Entwickelung des inneren 1. 33. 57.
Ohrenerkrankungen b. Railway-Spine 50.
Ohrenheilkunde, Handbuch der f. Aerzte und Studirende 103.
—, Lehrbuch der mit besonderer Rücksicht auf Anatomie und Physiologie von Jos. Gruber 309.
Ohrenschmalzpfröpfe, Verfahren bei Erweichung von Cholesteatomen der Trommelfelloberfläche etc. 298.
Ohrenspiegel, z. Erfindung des, u. üb. einen pract. Mundhalter f. denselben 106.
Ohrmuscheln, Erysipel der 73.
Otitis, d. Anwendung von Milchsäure bei chron. suppurativer 337.
— durch Infection 74.
— externa ex infectione 132.
— externa furunculosa 238.
— media supp., üb. e. von einer solchen ausgehende u. durch d. Bac. pneumon. bedingte Allgemeininfection 200. 229.
Otorrhoe, die Behandlg. der 275.
—, d. Behdlg. der m. Borsäurepulver 71.
Oxyuren, üb. d. Vorkommen von in der Nase 308.
Ozaena, d. Entstehung einer schweren, durch einen unbemerkt gebliebenen Fremdkörper der Nase 107.
— laryngis, über 127.
—, üb. laryngeale u. tracheale Complicationen der 281.
— und eitrige Rhinitis, über Benzinwasser bei 185.

Papillom der Uvula 77.
— telangiectatisches von grosser Ausdehnung, Ausreissen desselben, Heilung 80.
— des Larynx 190.
Parese der Glottiserweiterer als Symptom der beginnenden Tabes 55.
Parotisexstirpation, totale 192.
Parotisgeschwulst, acute 284.
Paukenhöhle, üb. die b. Perforation d. Shrapnell'schen Membran auftretenden Veränderungen in der 307.
Perichondritis des Kehlkopfes, Bemerkungen über 233.
—, Tracheotomie, Heilung 189.
Perforatio sicca membranae tympani 239.
Peritonsillitis, zur Entstehung der; Bemerkungen über Perichondritis des Kehlkopfes 233.
Pfeffermünzöl als Antisepticum und als Mittel geg. Phthisis u. Diphtherie 191.
Pfortadersystem, über Varices d. Oesophagus b. Störungen im 31.
Pharyngitis chron., z. Behandlung der 68.
— sicca sive atrophica, Betrachtungen üb. 165.
Pharyngocele u. Erweiterung d. Pharynx, durch d. Pharyngotomie geheilt 53.
Pharyngomycosis leptothricia, üb. 54.
Pharynx, Erysipel des 165.
—, Fälle von fühlbar pulsirenden Arterien an d. Hinterwand des 165.
—, Pharyngocele und Erweiterung der, durch d. Pharyngotomie geheilt 53.

Digitized by Google

Pharynx, üb. d. Venen des 52.
Pharynxgeschwülste, die adenoiden in Bezug auf Laryngismus stridulus 188.
Pharynxreflex, üb. den 281.
Phlegmone der regio suprahyoidea, ein Fall von 166.
Phthisis, Antifebrin bei 55.
—, Heilbarkeit der durch antisept. Behandlung 81.
— u. Diphtherie, Pfeffermünzöl als Mittel gegen 191.
Pilocarpin, Taubheit geheilt durch 76.
Pilzinvasion d. Labyrinths, Untersuchungen über im Gefolge von Masern 185.
Pneumothomie 253.
Polyp am unt. Ende der Trachea 172.
Polypen des Larynx und der Trachea, auf natürl. Wege entfernt etc. 226.

Railway-Spine, üb. Ohrenerkrankungen bei 50.
Rarefactor z. Entlastung der Circulationsverhältnisse im Mittelohr und Labyrinth 309.
Rectalgasinjectionen 30.
Rectum, neue Behandlung einiger Krankheiten der Athemwege mittelst Einführung gasförmiger Medicamente in's 29.
—, üb. d. Werth der Gasclystiere von Kohlensäure und Schwefelwasserstoff in's bei Tuberculose 30.
Recurrenscompression, Bemerkungen üb. e. Fall von durch e. organ. Verengerung des Oesophagus 146.
Reflexerscheinungen, welche n. Uterus- und Ovarienoperationen entstehen, sowie üb. d. Pharynxreflex oder den Speichelfluss 281.
Reflexneurosen, üb. 277.
Regio suprahyoidea, e. Fall von Phlegmone der 166.
Retrooesophagealabscess, e. Fall von 29.
Retropharyngealabscesse, Beiträge z. Operation der 248.
Rhinitis atrophicans, Bemerkungen über 222.
Rhinosclerom, üb. d. Aetiologie d. 186.
Rhinoscleroma, 2 Fälle von 178.
Rückenmark, Blosslegung der vorderen Bündel des in Folge eines syphilit. Geschwürs an dem oberen Theile des Pharynx etc. 80.

Saccus endolymphat., die Bildung und Formverschiedenheiten des bei den Säugethieren und den Menschen 2.
Sänger, Studien üb. d. Physiologie des Athmens bei den 114.
Sängerparese, über 343.
Schilddrüse, Auszug aus e. clin. Vorlesung über die Chirurgie der 141.
—, Resection eines Theils der 56.
—, über die 140.
Schläfenbein, Caries des, mit Prolapsus cerebelli 74.
Schnecke, experiment. Beitrag z. Frage über die Function der 85.
Schröpfköpfe, üb. d. Gebrauch von b. acut. Entzündungen des Ohres 73.
Schwefelwässer, die bei Larynxtuberculose 252.
Secrete, über die Entfernung pathologischer aus d. Kehlkopf verm. forcirter Wasserinjectionen 120.
Shock, Erklärung des nach d. Larynxexstirpation 145.
Sinnesorgane, Lehrbuch der Anatomie der 99. 129.
Sinus sphenoidalis, die Symptome der Krankheiten des 318.
Soor des Mittelohres, e. Fall von 105.
Speicheldrüsen, Bemerkungen über die Pathologie der 283.
Speichelstein in d. Glandula submax. 113.
Speiseröhre, carcinomat. Verengerung der 32.
—, ein zwischen d. oberen u. den zwei unteren Dritteln derselben eingekeiltes Knochenstück. Aeussere Oesophagotomie 254.
Sprache, Studie üb. Ausübung u. Störung der 53.
Statistik, üb. otiatrische, insbesondere in therapeut. Beziehung 309.
Stein im Ductus Wharton. 248.
Stimmbänder, üb. d. Knötchen der 225.
Stimme, die, der Gesang u. d. Sprache 114.
—, über die beim Kinde 114.
Stimmgabel, e. Fall, bei welchem nach Ausstossung e. grösseren Schneckentheils dieselbe vom Scheitel auf dem schneckenlosen Ohre gehört wurde 308.
Stimmgabelprüfungen, über 18.
Stimmstörungen, üb. die bei d. acuten catarrhal. Laryngitis 225.
Stirnhöhlenempyem, Beitrag z. Casuistik des 269.

Digitized by Google

Stomatitis, aphthöse, durch Höllensteingebrauch unterhaltene; acute Parotisgeschwulst 284.
Syphilitiker, der recidivirende Zungenherpes bei 341.

Tabes, Beitrag zur Diagnose der beginnenden 114.
—, Parese der Glottiserweiterer als Symptom der beginnenden 55.
Tachycardie, über die Erkrankung der Lymphdrüsen der Trachea und der Bronchien 252.
Taschen, Beispiele von gutturalen bei Pferden 22.
Taubheit, durch Pilocarpin geheilt 76.
—, üb. Heilung eines Falles von durch Hypnose 306.
Tauchbatterie. zur Zink-Platina- 267.
Tonsilla pharyngea, Ausstossung von Mandelsteinen aus der 214.
— pharyngea, Erkrankungen der 213.
— pharyngea, mangelhafte physiolog. Involution der 212.
Tonsillotomie, Blutung nach, durch Unterbindung geheilt 343.
Trachea, Fremdkörper in der 191.
Tracheallymphdrüsen, über Differential-Diagnose zwischen Schwellung der und beginnender Tuberculose 30.
Trachealpolyp 80.
Trachealringe, soll man bei ossificirten, b. d. Tracheotomie chloroformiren 227.
Tracheobronchialstenosen, über 2 Fälle von 146.
Tracheocele, traumatische 79.
—, üb. e. Fall von 79.
Tracheole, Berichtigung einer darauf gestellten Diagnose 124.
Tracheotomie a. e. Erwachsenen, vor 4½ Jahren ausgeführt weg. Erkrankung im Kehlkopfe 143.
—, e. seltene 226.
—, Entfernung einer in den Kehlkopf gelangten Klette mittelst 26.
—, pract. Winke für die 25.
Trommelfell, über die Transplantation des künstlichen 21.
Trommelfelle, Ruptur beider durch Fall auf d. Kopf 164.
Tubage des Kehlkopfs bei Croup 225.
Tuberculose, Atrophie der Thoraxmuskeln bei 194.
—, Beitrag z. Lehre d. Glottisstenosen bei 115.
Tuberculose, Gefahr d. Weiterverbreitung der durch unsere Hausfliege 253.
—, experiment. Studien üb. Fortpflanzung der durch d. Luftwege 255.
—, Syphilis und Krebs; objectiver Befund d. 3 grossen Larynxleiden 144.
—, üb. d. Werth der Gasclystiere von Kohlensäure und Schwefelwasserstoff ins Rectum bei 30.
—, über Differentialdiagnose zwischen Schwellung der Tracheallymphdrüsen und beginnende 30.
Tumor des Oberkiefers 54.
—, intratrachealer 29.
Tumoren der Hinternasengegend durch combin. bimanuelles Verfahren zu beseitigen 14.
— der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes, üb. operat. Indicationen gewisser recidivirender 52.
Typhus, Angina als Beginn des 286.
— Larynxcomplicationen bei 26.

Unterleibsbrüche, üb. d. Zusammenhang von chron. Verstopfungen der Nase u. des Nasenrachenraums mit 6. 41.
Unterzungenbeingegend, Cyste der, Verdrängen des Kehlkopfes, Stimm- und Athmungsstörungen 285.
Uteruskrebs, supraclaviculares Ganglion in einem Fall von 255.
Uvula, die Function der u. der Epiglottis 139.
—, Papillom der 77.
—, z. Lehre der Krankheiten der 53.
Uvulotom, e. neues 165.

Valsalva'scher Versuch, üb. Verwerthung des posit. u. negat. in d. Behandlung von Mittelohrleiden 73.
Varices des Oesophagus b. Störungen im Pfortadersystem 31.
Vegetationen, adenoide bei Kindern, ihre Diagnose und Behandlung 191.
—, üb. adenoide 239.
Verbandmethode, üb. e. neue für's Ohr 257. 289.
Verbrennung der Zunge u. des Bodens der Mundhöhle durch d. Platzen einer gerösteten Wallnuss, e. Fall von 140.
Verwachsung des weichen Gaumens mit der Rachenwand, e. Fall von vollständiger 78.

Digitized by Google

Warthon'scher Gang, Concremente des 284.
Warzenfortsatzaffectionenb.Kindern104.
Wasserinjectionen, üb. d. Entfernung patholog. Secrete aus d. Kehlkopf vermittelst forcirter 120.
Wucherungen. Fortbestehen der Stimmstörung nach Entfernung der adenoiden 318.

Zonen, üb. hysterogene, auf d. Schleimhaut d. obersten Luftwege und der Sinne beobachtete 54.
Zunge, Blutcyste der 166.
—, e. Fall von schwarzer 318.
—, e. Fall von Verbrennung der etc. durch d. Platzen einer gerösteten Wallnuss 140.
—, eingebildete Geschwüre an der 282.
—, Fall v. Epitheliom der 23.
—, Sarcom der, Entfern. d. halben 166.
—, über epitheliale Desquamation der im Kindesalter 283.
Zunge, 2 Fälle von Ausschneidung der ganzen und in deren einem auch der submentalen Gewebe u. eines Theils des Unterkiefers wegen Epithelioms, Heilung 188.
Zungenbasis, adenoide Gewebe der als Ursache der Halsübel betrachtet 285.
—, Hypertrophie der Drüsen der und deren Symptome 286.
Zungenbein, Necrose des 225.
Zungenentzündung, e. Fall von acuter 285.
Zungenerweiterungen, diagnost. Bedeutung der varicösen 187.
Zungengrund, Hypertrophie des Drüsengewebes am 139.
Zungenherpes, der recidivirende bei Syphilitikern 341.
Zungenhypochondrie 282.
Zungenkrampf, clonischer 76.
Zungenkrebs, über e. Modification der Amputation des 77.
Zungenlähmung, halbseitige corticalen Ursprungs 53.
Zungentonsille, üb. Hypertrophie der 77.

Digitized by Google

II. Namen-Register.

Agnew, H. 55.
Anderson 170.
Ariza 80. 144.

Bacon, G. 73.
Baginsky, B. 50.
Bandler 28.
Baratoux 281.
Barbachi 145.
Barbon 225.
Barendt 142.
Barcelay, J. Baron 319.
Baron, B. J. 319.
Barr 184.
Barth, A. 51. 306. 308.
Behnke 114.
Bergeon 29.
Berger, E. 318.
Bernheim 53.
Beschorner 247.
Bezold 71.
Bimar 52.
Blake, J. 222.
Blocq 29.
Boeck 78.
Boeckel 78. 171. 252.
Bollet 319.
Bompar 194.
Bosworth 186.
Bourdon 31.
Bourgougnon 183.
Boursier 25.
Braddon, W. L. 25. 191.
Bride 285.
Broca 283.
Brocha 28.
Brockmann 218.
Broich 267.
Browne, Lennox 114. 139. 172.
Brunner, G. 163.
Bryson 286.
Butlin 166.

Cadéac 255.
Cadet de Gassicourt 286.
Cartax 246. 318.
Cauldnell 55.
Championnière 282.
Charazac 80. 250. 252.
Chauvel 273.
Chiari, O. 54.
Clarke, E. W. 166. 343.
Clay, A. 54. 224.
Cloutton 284.
Coats 168.
Coccherelli 192.
Cohen, G. D. 25.
Cohen, J. Solis 343.
Colladon 275.
Corfield 165.
Cornil 186.
Corradi, C. 76.
da Costa 246.
Cotteril 29.
Coupard 24. 107. 188.
Curtis 143.

Daremberg 79.
Delavan 170. 286.
Donald, M. 165.
Dupré, G. 166.

Eichberg, J. 169.
Emmet, Th. A. 343.
Empis 223.
Eraud 284.
Eulenburg 117.

Farlow, J. W. 165.
Fasano 287.
Felici 114.
Ferrand 53.
Filleau 81.
du Fougeray 30.
Fournier 341.
French, W. F. 77.
Freudenthal, W. 41.

Gaertner 335.
Galippe 113.
Gardner, W. 190.
Garel 113. 115.
de Gassicourt 286.
Gaucher 286.
Gay 319.
Geneuil 246.
Gevaert 166.
Gillot 187.
Giraud, F. 79.
Gleitsmann, J. W. 27. 77.
Gottstein 108. 134. 218.
Gouguenheim, A. 24. 115. 285.
Griffin, E. H. 78.
Gruber, Josef 145. 219. 237. 309. 325.
Guermonprez 253.

Digitized by Google

Guinon 283.
Guranowski 173.
Guye 307. 335.

Hack, Wilh. † 172.
Hacke, M. 251.
Hadden 140.
Hale 140.
Hall, de Havillaud 188.
Harrisson 285.
Harting 319.
Hartmann 307.
Hawkes 83.
Heath 188.
Henschen 168.
Herrmann, Isidor 337.
Hessler 74. 104. 132.
Hoadley 169.
Hobbs 81.
Hofmann, E. 253.
Hollinskead 189.
Hooper, H. 191.
Hopmann 14. 152. 338.
Hovell, T. M. 141.
Hutchinson 25.

Jacob, Ernst 55.
Jacobson 308. 309. 334.
Jaeger 167.
Jaquemart 191.
Jessett 190.
Jessop 187.
Jones, T. 143.
Johnston 29.
Just-Championnière 282.

Katz, L. 197. 306. 334.
Kayser 156.
Keimer 176.
Keller 306.
Kessel 336.
Kidd 143. 190.
Kiesselbach 321.
Kirchner 103. 334.
Kitchen 108.
Knight, F. J. 190.
Koehler 178.
Koerner 308.
Krakauer 306.
Kretschmann 105.
Kuhn 74. 75.

Labbé 226.
Lacoarret 227.
Landouzy 32.
Langlet 80. 172.
Langmaid 190.
Landgraf 142.
Lapeyre 52.
Law 194.
Ledderhose 277.
Lermoyez 317.
Lichtwitz 54.
Lloyd 79.
Loewe, Ludwig 120. 257. 289.
Longuet 31.
Looten 248.
Lubet-Barbon 225.
Lublinski 170.
Luc 55. 281. 287.
Lucae 106.
Luton 191.
Löwenberg 277.

Macdonald 27. 165.
Makenzie, J. N. 29. 51. 52.
Mackenzie, Morell 114.
Mallet 255.
Marsh 56.
Martens, G. 194.
Masse, F. 54.
Massei 223.
Mercklen 252.
Merignac 245.
Middlemass 223.
Mollière 189.
Moncorvo 24.
Monod 227. 250.
Moos 185.
Morgan 169.
Morrison, J. 164.
Mouillot 167.
Mouktar 30.
Moure 25. 165. 225. 246.
Munn 225.

Norris 124.
Nouquet 186. 222. 224. 284.

Oaznam 226.
Onodi, A. 81. 93.
Ord 192.
Ormsby 141.
Orwin 140.

Parisot 30.
Paté 191.
Paul, E. W. 187.
Périer 285.
Petit 81. 192. 255.
Philipp, W. 53.
Philippe, Saint 245.
Pieniazek 147.
Piltan 114.
Pitres 282.
Pollard 170.
Porcher 78.
Poyet 282.

Ramon de la Sota y Lastra 224. 254.
Ray, J. M. 164.
Renton, C. 226.
Renvers 128.
Reverdin 28.
Richards 29.
Richelot 77.
Robinson 139.
Rocher 28. 341.
Rohrer 307. 334.
Ruault 52. 80. 185. 186. 250.
Rüdinger 1. 33. 57.
Rupprecht 254.

Savage, G. C. 73.
Schadle 342.
Schaeffer, Max 207.
Schapringer 140.
Schech, Ph. 22.
Schmaltz, H. 243.
Schroetter 206.
Schutter, W. 269.
Schwalbe, G. 99. 129.
Secrétan 227.
Seiler, Carl 22.
Sémon 113.
Seppille 76.
Shelswell 168.
Shirmunsky 21.
Spicer 139.
Spillmann 30.
Sprengel 248. 249.
Stacke 71. 133.
Steinbrügge, H. 18.
Stepanow 85.
Stephens 23.
Störk 144. 145.
Stone 133.
Stossel 146.
Strauch 149.
Strübing, P. 158.
Suchannek 277. 323.
Sutton 22.
Swain 286.
Szenes 132.

Digitized by Google

Teichmann 50.
Terillon 78.
Terrier 227.
Thomson, D. J. 140.
Thompson 26.
Thormer 73.
Tillaux 189.
Tirifahy 223.
Tissier 26. 113. 115. 224. 251.
Trélat 187.
Treves 53. 56.
Truckenbrod 308.
Tsakyroglous 127.

Valentin 105.
Verchère, F. 52.
Vernet 318.
Verneuil, A. 79. 81.
Voltolini 299.

Wagenhäuser 70.
Wagnier 225.
Walb 333.
Walsham 133.
Wannebroucq 254.
Watson, Paul 187.
Waxham, F. E. 169.
Weber-Liel 309.
Weeler, W. J. 53.
Weichselbaum 200. 229.
Weil 68. 182. 239.
Wells, E. F. 165.
Wertheimer 145.
White, H. 140.
Whitehead 141.
Williams, A. D. 164.
Wise 142.
Wolfenden, R. N. 124.

Ziem 119. 233. 277.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin S. W.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig) Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Malleudar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXII. **Berlin, Januar 1888.** **No. 1.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Zur Anatomie und Entwickelung des inneren Ohres.

Von

Prof. Dr. **Rüdinger.**

Mit 3 colorirten Doppeltafeln.

Vorbemerkung.

Schon vor Jahren studirte ich die Topographie des häutigen Labyrinthes bei den Wirbelthieren und dem Menschen, insbesondere seine Lage und Befestigungsweise in dem knöchernen Futteral, und das Ergebniss meiner damaligen Untersuchungen am Foetus und an ausgebildeten Objecten war die Erkenntniss, dass das häutige Labyrinth nicht central, nicht allseitig von der Perilymphe umschlossen, sondern excentrisch gelagert und in bestimmter Art an die Knochen, in welche es eingeschlossen ist, fest angeheftet resp. angewachsen und nur einseitig von der Perilymphe umspült sei.

Meine neueren Untersuchungen am Gehörorgan waren nun wesentlich darauf gerichtet, die erste Bildung und das Wachsthum des Ductus endolymphaticus; der Säckchen und der häutigen Bogengänge; die Entstehung der peripheren d. h. der perilymphatischen

Digitized by Google

Räume um das ganze häutige Labyrinth; die Entwickelung der gallertartigen Bindesubstanz, welche fast alle Theile der Säckchen und der häutigen Bogengänge umgiebt; das Zustandekommen der das knöcherne Labyrinth auskleidenden Beinhaut und die regressive Metamorphose des Gallertgewebes bis auf die übrig bleibenden Fixirungsmittel aller hier in Betracht kommender Weichgebilde genauer kennen zu lernen.

In den folgenden Mittheilungen sollen vorerst nur die Ergebnisse meiner Studien, soweit dieselben sich auf den Menschen und eine Anzahl Säugethiere beziehen, Erwähnung finden; die Resultate, welche bei niederen Wirbelthieren: den Fischen, den Urodelen, den Batrachiern, den Reptilien und den Vögeln gewonnen wurden, werden an einer anderen Stelle zur Veröffentlichung kommen.

Was die erste Anlage des Ohrbläschens aus dem Ectoderm, die Einstülpung und erste Umwandlung desselben in die Säckchen und den Recessus des Labyrinthes u. A. anlangt, besitzen wir schon werthvolle Arbeiten von Rathke, Reissner, Hensen, Boettcher, Kölliker und Anderen, in welchen die Resultate eingehender Forschungen niedergelegt sind; allein bei allen den sich vollziehenden Vorgängen während des Aufbaues des häutigen Labyrinthes und der Schnecke, harren noch eine Anzahl von Fragen der Beantwortung, und es wäre gewiss ein ganz falscher Standpunkt, wollte man annehmen, es seien bezüglich der Bildungsgeschichte des inneren Ohres keine Probleme mehr zu lösen.

1) Die Bildung und Formverschiedenheiten des Saccus endolymphaticus bei den Säugethieren und dem Menschen.

(Tafel I, Fig. I—VII.)

Bei der Besprechung des Recessus labyrinthi und der beiden Säckchen will ich mich nicht auf die ersten Differenzirungen des Ohrbläschens einlassen, sondern beginnen mit jenen formellen Aenderungen, welche die Ohrblase erfährt, indem sich die Hohlräume für die beiden Säckchen, den Endolymphsack und die Schnecke anlegen.

Ich greife somit in ein Entwickelungsstadium hinein, welches in der Fig. 1 unserer ersten Tafel vom Schwein zur Darstellung gekommen ist. Aus der Ohrblase haben sich hier schon gebildet der schmale, enge, resp. plattgedrückte Ductus endolymphaticus, welcher trichterförmig an dem gemeinsamen Hohlraum, aus denen die beiden Säckchen hervorgehen, beginnt und dorsalwärts an jener Zellenlage sich hindrängt, aus welcher der Knorpel für die Pars petrosa hervorgeht. Der Ductus endolymphaticus rückt gleich in den ersten Entwickelungsstadien an die dorsale Seite der späteren Knorpel- oder Knochenkapsel für das Gehörorgan, und ändert im ausgebildeten Zustande dieser Kapsel nur unwesentlich seine Form und Lage. Der Saccus endolymphaticus ist schon frühzeitig in der hinteren Schädelgrube in die sich erst später differenzirende Dura mater eingebettet, um eine Beziehung zu den Lymphbahnen dieser Grube zu erhalten. Ein wesentlicher Punkt für die Bedeutung des Recessus labyrinthi scheint, meiner Auffassung nach, in der Einlagerung desselben in das subdurale Gewebe gegeben zu sein, und deshalb rückt derselbe über die Labyrinthkapsel dorsalwärts hinaus. An-

Digitized by Google

fänglich haben wir nur eine etwas lateral- und dorsalwärts gerichtete, zugespitzte Bucht vor uns, die sich bald zu einem langgestreckten Canal und dann zu einem Sack umwandelt, der schon frühzeitig seine plattgedrückte Dauerform annimmt, indem an ihm zuerst der trichterförmige Eingang, dann der Hals und schliesslich der Sack mit seinem Fundus sich ausbilden.

Die Entstehung der beiden Canälchen des Endolymphsackes, welche in die beiden Säckchen führen, ist abhängig von der Ausbildung dieser letzteren. Die Canälchen stellen anfänglich nur einfache Communicationsöffnungen, welche sich erst allmählig verlängern, dar. Ihre Länge ist theils abhängig von dem Wachsthum der Säckchen, theils von der Bildung und Vergrösserung des Labyrinthknorpels mit entsprechendem Längenwachsthum der beiden Kanälchen. Der Hals des Endolymphsackes, welcher beim menschlichen Fötus im 3. Monat eine faltige Beschaffenheit annimmt, indem seine epitheliale Wand mehrfach leistenartig nach innen vorspringt, erlangt bei den weiteren Entwicklungsstadien eine Einengung in dem anfänglich knorpeligen, dem späteren knöchernen Aquaeductus vestibuli der Pars petrosa, während der Sack bis zu seinem Fundus in dem nachgiebigen, von vielen Lymphspalten durchsetzten Gewebe der Dura mater so eingebettet ist, dass die Möglichkeit einer geringeren oder stärkeren Füllung mit Endolymphe stattfinden kann. Aber nicht nur das lymphgefässreiche, subdurale Gewebe begrenzt den Endolymphsack, sondern auch Blutgefässe, insbesondere an einzelnen Stellen ziemlich grosse Venen, wie an dem Saccus endolymphaticus vom Hunde (Taf. I, Fig. VI) zu erkennen ist. Was die verschieden starke Umlagerung des Endolymphsackes mit Blutgefässen anlangt, so ist hierfür das Alter des Fötus einerseits und der zufällige Füllungsgrad der Gefässe mit Blut andererseits massgebend. So sieht man an dem Endolymphsack des Hundes (Taf. I, Fig. VI), dass die Form seines Halses sowohl, als auch die seines Fundus abhängig sind von der Füllung der angrenzenden grossen Venen, welche denselben an unserem Object an einzelnen Stellen stark comprimirt haben. Wären die Venen an diesem Präparat nicht so stark gefüllt, so würde der ganze Sack eine etwas andere Form darbieten. Derselbe zeigt sich an allen Schnitten dieser Serie, welche von einem 26 mm langen Hundeembryo gewonnen ist, an verschiedenen Stellen durch die angrenzenden weiten, stark gefüllten Venen mehr oder weniger zusammengedrückt.

In der Nähe dieser Venen kann man auch den Ductus perilymphaticus wahrnehmen, derselbe beginnt mit einer rundlichen Oeffnung lateralwärts vom Ductus endolymphaticus im Vestibulum, und zieht mit dem letzteren nach den subduralen Spalten der hinteren Schädelgrube.

Sehr klar konnte ich den Ductus perilymphaticus an einem menschlichen Fötus aus dem dritten Monat beobachten. Derselbe stimmt vollständig überein mit jenen Perilymphbahnen, welche Hasse und Retzius genau beschrieben haben. Ob Cotugno nur die perilymphatischen Bahnen des Labyrinthes oder den Ductus endolymphaticus bei seinen Injectionen zur Füllung brachte, kann nicht entschieden werden.

Die Einlagerung des Endolymphsackes in die subduralen Lymphspalten und der Contact desselben mit grösseren und kleineren Venen verdient mit Rücksicht auf seine physiologische Aufgabe eine

Digitized by Google

besondere Beachtung, wesentlich auch die Fortsätze [1]), welche von dem Fundus des Endolymphsackes ausgehen und sich zu den Lymphbahnen und den Venen ebenso verhalten, wie der Sack selbst.

Der Endolymphsack stellt nämlich

1) einen elastischen Beutel dar, mit Hilfe dessen Druckdifferenzen im Labyrinth ausgeglichen werden können und
2) wird derselbe durch die an ihm angebrachten Röhren zum Abflussweg der sich stets erneuernden Endolymphe. Auf eine specielle Betrachtung der Endolymphbahnen soll hier nicht näher eingegangen werden.

2) Die Entstehung, Topographie und Befestigung der beiden Säckchen des häutigen Labyrinthes.

(Siehe Tafel I und II.)

Obschon die beiden Säckchen des Vorhofes aus einem gemeinsamen Raum der Ohrblase hervorgehen, trennen sie sich doch vollständig von einander und behalten nur insofern eine gegenseitige Verbindung, als ihre beiden Abflusskanälchen für ihren Inhalt in dem Endolymphsack sich vereinigen. Nach meiner, auf neuere Untersuchungsresultate basirten Anschauung, hat der Zusammenhang aller Endolymphräume im Labyrinth der Thiere und des Menschen nur die Bedeutung, die Endolymphe des Ductus cochlearis mittelst des Canalis reuniens in das runde Säckchen und den Inhalt der beiden Säckchen mit Hilfe der beiden Canälchen nach dem Saccus endolymphaticus, und von diesem aus durch die an seinem Fundus angebrachten Abflussröhrchen in die subduralen Lymphbahnen abzuführen. Ausserdem kann man dem Endolymphsack, als einem elastischen Beutel, eine besondere Rolle bei anderweitigen physiologischen Vorgängen im inneren Ohr zuschreiben.

Wie gehen nun aus der einfachen Ohrblase die beiden später vollständig von einander getrennten Säckchen hervor?

Hierüber besitzen wir schon viele Angaben von Reissner, Böttcher und Kölliker und, wenn ich meine eigenen Beobachtungen mit den Darstellungen anderer Autoren vergleiche, so muss ich sagen, dass die Art der Trennung des gemeinsamen grossen Raumes der primitiven Ohrblase, welche an unserer Fig. I, Taf. I, eine formelle Modification erfahren hat, schon klar erkannt und von Kölliker in dessen Entwicklungsgeschichte, Seite 737, bestimmt zum Ausdruck gebracht ist.

Man kann den ersten Vorgang der Theilung des primitiven Vorhofsäckchens nicht besser bezeichnen, als dass man mit Kölliker im Anschluss an Böttcher sagt: „Es zerfällt das primitive Vorhofsäckchen durch eine ringförmige vortretende Falte in zwei Abtheilungen, den

---

[1]) An anderer Stelle habe ich röhrenartige Fortsätze des Saccus endolymphaticus beschrieben, welche als Abflusswege der Endolymphe gedeutet werden. Die Abhandlung über dieselben wird demnächst in den Sitzungsberichten der bayerischen Academie der Wissenschaften erscheinen; sie ist betitelt: „Ueber die Abflusscanäle der Endolymphe des inneren Ohres". Mit drei colorirten Tafeln. In diesem Aufsatz wird auch der histologische Bau des Endolymphsackes, insbesondere sein Epithel u. A. eingehend berücksichtigt.

Digitized by Google

Alveus communis und den Sacculus, welche nun wie durch einen Canal verbunden erscheinen und endlich wird dieser Canal dadurch, dass die Abschnürungsfalte von der lateralen vorderen Seite her gegen die Mündung des Aquaeductus vestibuli vorwächst, wie in den Bereich dieses Canales gezogen und gewinnt es schliesslich den Anschein, als ob der Aquaeductus vestibuli (der Saccus endolymphaticus) mit zwei Schenkeln einmal in den Alveus und zweitens in den Utriculus (soll wohl heissen Sacculus) ausgehe."

Diese Schilderungen Kölliker's können sofort auf unsere Abbildungen der Säckchen und des Endolymphganges, welche vom Embryo des Schweins gewonnen wurden, bezogen werden. (Fig. I—III der Taf. I.)

Ohne an dieser sehr zutreffenden Darstellung Ausstellungen machen zu wollen, will ich doch, was die näheren Vorgänge anlangt, noch einige Bemerkungen beifügen.

Die Faltenbildung, welche die Trennung der beiden Säckchen einleitet, geht vorn und lateralwärts aus, und dieselbe besteht nicht nur aus dem hohen Epithel, welches das primitive Ohrbläschen darstellt, sondern auch aus der angrenzenden Zellenlage, die in dem scheidewandartigen Vorsprung mit nach rückwärts gegen die trichterförmige Mündung des Endolymphsackes wuchert, um leistenartig in diese Mündung hineinzuragen. So entstehen die beiden Röhrchen, welche, anfänglich nur einfache Löcher darstellend, die beiden Säckchen mit dem Endolymphsack verbinden. Hierbei muss aber auch noch auf zwei weitere Falten hingewiesen werden, welche der ersteren von der medialen hinteren Seite her entgegen wachsen. Diese Falten treten beim Embryo des Schweins medial und hinten an der Mündung des Endolymphsackes auf, und sie drängen sich kantig mehr und mehr in den Alveus communis hinein und erzeugen schliesslich mit der einfachen lateralen vorderen Falte die Canälchen zwischen dem Endolymphsack und den beiden Säckchen. Bei dem Hundeembryo stellen diese beiden medialen hinteren Vorsprünge nur faltige Wülste dar, die auf dem Querschnitt mehr in die Augen fallen, als die vordere laterale Scheidewand, die hier an dem Durchschnitt nur eine einfache Kante bildet.

Beim Rindsembryo dagegen zeigt sich die vordere laterale Falte stark gewulstet und die hinteren medialen als einfache Kanten. Die grössere oder geringere Ausbildung dieser Falten ist selbstredend abhängig von dem jeweilig vorliegenden Entwicklungsstadium des Labyrinthes. Wenn ich mich auf das Labyrinth des Schweineembryo beziehe, so muss ich den hinteren Faltenbildungen fast eine ebenso grosse Rolle, wie der vorderen, zuschreiben; denn sie bringen wesentlich die runde Form des Säckchens, folglich mit die Abschnürung der beiden Säckchen von einander und die Bildung der Communicationsröhrchen zwischen dem Endolymphsack und den Säckchen zu Stande. (Fig. V, Taf. I.)

Die dorsale laterale Leiste, welche den Eingang in den Ductus endolymphaticus begrenzt, ist während ihrer Vergrösserung abhängig von dem Wachsthum und der Vergrösserung der die Säckchen bildenden Scheidewand resp. der vorderen lateralen Faltenbildung. Jene Leiste schiebt sich von hinten nach innen und ventralwärts so vor, dass die

Digitized by Google

von vorn kommende Falte von dem Lumen des Ductus endolymphaticus förmlich aufgenommen wird.

Zur Klarstellung unserer Figuren über die Bildung der Säckchen und des Endolymphsackes muss ich noch hervorheben, dass zur Zeit, als sich die Trennung der Säckchen vollzieht, der Ductus cochlearis in Folge sehr raschen Wachsthums nach vorn und innen sich verlängert und stark krümmt und hierbei den sich verengernden Canalis reuniens zurücklässt (Taf. I, Fig. II, 7), der den Sacculus rotundus dauernd, auch nach der Ausbildung der Schnecke, mit dem Ductus cochlearis derselben verbindet. Bei unserer Betrachtung der Dauerform der beiden Säckchen soll nur ihre Topographie und ihre Befestigungsweise im Vestibulum Berücksichtigung finden.

Was zunächst die Topographie der beiden Säckchen anlangt, so besitzen wir hierüber schon sehr genaue Angaben aus älterer und neuerer Zeit, und wenn jüngere Autoren bemüht waren, hierüber einige Thatsachen zu sammeln und zu beschreiben, so geschah dies unzweifelhaft mehr im Interesse ihrer eigenen Belehrung, als mit Rücksicht auf Förderung der diesbezüglichen anatomischen Kenntnisse; denn „Neues“ brachten dieselben nicht in ihren Mittheilungen.

In allen guten Handbüchern über descriptive und mikroskopische Anatomie sind über die Lage und Befestigung des häutigen Labyrinthes im Vorhofe auf Grund eingehender anatomischer Studien sehr genaue Angaben enthalten und diese müssen vor Allem Berücksichtigung finden, wenn Mittheilungen gemacht werden, die geeignet sein sollen, dem schon „Bekannten“ Ergänzungen beizufügen oder Correcturen anzubringen.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber den Zusammenhang von chronischen Verstopfungen der Nase u. des Nasenrachenraums mit Unterleibsbrüchen.

Von

Dr. **W. Freudenthal**,

Arzt an der deutschen Poliklinik in New-York.

(Fortsetzung aus No. 12 1887.)

Abkürzungen:

RIH = rechte Inguinal-Hernie.
LIH = linke Inguinal-Hernie.
RFH = rechte Feminal-Hernie.
LFH = linke Feminal-Hernie.
DIH = doppelseitige Inguinal-Hernie.
DFH = doppelseitige Feminal-Hernie.
UH = Umbilical-Hernie.
NH = Nabel-Hernie.
RNC = Retronasal-Catarrh.
NRC = Nasenrachen-Catarrh.

T. = Tage. W. = Wochen. M. = Monate. J. = Jahre.

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
163	49	DIH	11 J.	—	Oft Schnupfen.	Rechts fast ganz verstopft. Starker RNC.	—
164	14	DIH	angeb.	—	Schnarcht; viel Schleim.	Massenhafte aden. Vegetationen.	—
165	21	LIH	12 J.	—	Wacht öfters im Schlafe auf, weil er keine Luft bekommt.	Rechts starke Verstopfung. RNC.	—
166	22	RIH	½ J.	—	—	—	—
167	55	LIH	5 J.	—	—	Rhinitis atrophic. RNC. u. massenhafte luetische Ulcera auf Zunge u. weichen Gaumen.	Hat noch kein Bruchband getragen.
168	43	RIH	2 W.	—	Stuhlverstopfung.	—	—
169	42	UH	1 J.	—	—	—	Kam nach d. 7. Kinde.
170	45	DIH	20 J.	—	—	R. verstopft durch Deviatio septi. L. nur wenig.	—
171	42	RIH	2 W.	—	Hustete vorh. stark.	Links starke Verstopfung. R. geringer. Phar. hypertr.	Raucht und kaut sehr stark.
172	46	DIH	20 J.	—	Hört schwer.	Geringe Verstopfg. Links RNC.	—
173	39	RFH	½ J.	Nichts.	Fühlt Nase oft verstopft.	Rechts sehr starke Verstopfung, links etwas.	—
174	33	LIH	8 J.	Nichts.	„Hat den Bruch vom Husten bekommen.“	Geringe Verstopfg.	—
175	24	RIH	1 J.	—	Hatte vorh. Husten.	RNC.	—
176	62	LIH	5 J.	Mutter hatte Hernie.	Schwerhörig seit seiner Kindheit.	Links sehr starke Verstopfung. R. etwas weniger.	—
177	40	RIH	2 J.	Vater hatte Hernie.	Vorher Husten.	Beiderseits sehr starke Verstopfg. RNC.	—
178	50	RIH	22 J.	Nichts.	—	—	—
179	64	LIH	4 J.	Nichts.	—	—	—
180	1½	RIH	angeb.	—	—	Adenoide Vegetat.	—
181	11	DIH	½ J.	—	—	—	—
182	15	LIH	¼ J.	—	—	Links etwas verstopft. RNC.	—
183	43	LIH	½ J.	—	Fühlt die Nase verstopft.	Links Polypen.	—
184	3	RIH	—	Nichts.	—	Adenoide Vegetat.	—
185	1	RIH	—	Nichts.	Hatte Keuchhusten.	—	—
186	53	DIH	3 J.	Nichts.	—	Rechts starke Verstopfung. Links weniger. RNC.	—
187	53	RIH	30 J.	—	Nase zuweilen verstopft.	RNC.	—
188	15	LIH	1 J.	—	Stuhlverstopfung. Fühlt Nase immer verstopft.	Pharyng. atrophic. und granulosa. Starker RNC.	—
189	14	RIH	3 W.	—	—	—	Mädchen.
190	7	DIH	½ J.	Nichts.	Vorher Keuchhust.	Nase fast ganz verlegt durch die Muscheln. Aden. Vegetationen.	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
191	7	RIH	5 J.	Nichts.	Schläft sehr unruhig. Trockene Zunge des Morgens.	Adenoide Vegetat.	—
192	25	DIH	5 J.	—	Lues.	Links sehr starke Verstopfung und Phar. granul.	—
193	61	DIH	r. 4 J. l. 40 J.	—	—	Starker NRC.	—
194	3	DIH	—	Nichts.	Schläft unruhig.	—	—
195	62	DIH	l. 1 J. r. 14 J.	Nichts.	Nie Husten oder Stuhlverstopfung. Anosmie.	Links verstopft. RNC.	—
196	60	DIH	6 J.	—	—	Beiderseits mittelstarke Verstopfg. Starker RNC.	Italiener.
197	½	UH	—	—	—	—	—
198	56	LIH	2 J.	Mutter hatte Bruch.	Schwerhörig. Viel Schleim i. Munde.	Beiderseits sehr starke Verstopfg. RNC.	—
199	61	LIH	2 W.	Vater hatte Bruch.	Hatte vorh. Husten. Nase oft verstopft.	Phar. atrophic. und RNC.	—
200	8	RIH	1 J.	—	—	—	—
201	41	DIH	1 J.	—	Nase verstopft.	Links sehr starke Verstopfung. R. etwas weniger. RNC.	—
202	2	RIH	6 W.	—	Schnarcht zuweilen.	—	—
203	42	DIH	20-25 J.	—	—	Rechts sehr starke Verstopfung. L. schwächer. RNC.	—
204	39	UH	2 W.	—	Hatte vorher viel Erbrechen. Ulcus ventriculis. Pat. sehr abgemagert.	—	—
205	21	RIH	1 J.	—	Links ist d. Hernie bereits verheilt.	Schwache Verstopf. Phar. atroph.	—
206	51	DIH	9 J.	—	—	R. mittelstarke Verstopfung. RNC.	—
207	47	RIH	4 J.	—	—	R. stark verstopft. RNC.	—
208	48	DIH	—	—	—	—	—
209	42	LIH	12 J.	Nichts.	—	—	—
210	32	LIH	9 J	Vater hatte Bruch.	Kein Husten oder Stuhlverstopfung. Bruch wurde vor ½ J. operirt, trat aber bald wieder heraus. Pat. fühlt seit mehr als 10 Jahren immer viel Schleim i. Munde.	Links sehr starke Verstopfg. RNC.	—
211	23	RIH	1 J.	Nichts.	Lag 8 Monate im Hospital wegen e. Halskrankheit.	Sehr starke Phar. gran. Sehr starke Deviatio s. nach rechts. L. Spina und mittlere Muschel vergrössert.	—
212	24	RIH	6 J.	—	Kein Husten oder Stuhlverstopfung.	Beiderseits mittelstarke Verstopfg. RNC.	Raucht und kaut.
213	1¼	RIH	—	Nichts.	Schnarcht.	—	—
214	23	DIH	2 J.	—	Kein Husten oder Stuhlverstopfung.	RNC.	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
215	1½	RIH	—	—	Schläft unruhig. Rothe Nase.	Aden. Vegetationen.	—
216	1	LIH	—	—	—	—	—
217	48	RIH	„sehr lange".	—	—	Nase schwach verstopft.	—
218	42	LIH	2 J.	—	Kein Husten, keine Stuhlverstopfung.	L. Seite sehr stark verlegt. Auch r. ziemlich stark.	Raucht und kaut.
219	56	RIH	2 J.	—	Immer Stuhl-Verstopfung, zuweilen Halsentzünd.	Geringe Zeichen.	—
220	5	RIH	angeb.	Nichts.	Enuresis.	Aden. Vegetationen.	—
221	50	RIH	1 Mon.	—	Hatte vorh. Husten. Kopfschmerzen.	Rhinophar. atroph.	—
222	60	DIH	25 J.	—	—	—	—
223	54	RIH	2 W.	—	Fortwährend heftige Kopfschmerzen. Sehr lange bestehende Eiterung in d. r. Nase, wahrscheinl. aus dem Sin. frontalis u. beständige Verstopfung d. Nase.	—	Pat. stellte sich nicht zur Behandlung ein.
224	1½	LIH	—	Nichts.	—	—	—
225	¼	RIH	—	—	—	—	—
226	24	DIH	3 J.	—	Kein Husten oder Stuhlverstopfung. Viel Schleim im Munde.	Nase beiderseits stark verstopft, mehr r. RNC.	—
227	39	DIH	10 J.	—	Fühlt Nase verstopft.	L. etwas stärkere Verstopfung, als rechts. RNC.	—
228	50	DIH	20 J.	—	Fühlt Nase verstopft.	Beiderseits starke Verstopfg. RNC.	—
229	2½	RIH	1 M.	Nichts.	—	—	—
230	20	RIH	3 W.	Nichts.	Hustet. Fühlt Nase verstopft.	Beide Seiten mittelstark verstopft. Starke Hypertr. d. Tonsillen. Starker RNC.	—
231	7	RIH	4 J.	Nichts.	—	—	—
232	45	LIH	6 W.	—	Kein Husten, keine Stuhlverstopfung.	Deviatio septi nach links. RNC.	—
233	5	RIH	4 J.	—	—	—	—
234	60	RIH	3 J.	—	Hustet. Nase war immer verstopft. Kann das Wasser nicht halten.	Rechte Seite stark verlegt. Starker NRC.	—
235	37	RIH	1 W.	Nichts.	Vorher Husten.	—	—
236	2	LIH	—	—	—	—	—
237	30	DIH	5 J.	—	Fühlt die Nase verstopft.	Rechts starke Verstopfung. Links wenig. Aeusserst starke Pnaryng.	Kaut d. ganzen Tag.
238	50	RIH u. LFH	30 J.	—	—	—	—
239	46	LIH	10 J.	—	Schwerhörig.	Starke Hypertroph. der Muscheln.	—

NB. Die unterstrichenen Nummern bedeuten die Fälle, die Herr Dr. Frank Trester Smith, jetzt in Chattanooga, Tenn., untersucht und mir freundlichst zur Verfügung gestellt hat.

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
240	61	UH	27 J	—	—	Geringe Veränderung.	Prolapsus uteri seit 32 Jahren.
241	74	DIH	1 J.	—	—	L. verlegt. NRC.	—
242	20	RIH	1 M.	—	—	Phar. granulosa.	—
243	56	RIH	3 J.	—	—	—	—
244	51	LIH	25 J.	—	—	—	—
245	68	DIH	53 J.	—	Taub.	RNC.	—
246	66	DIH	¾ J.	—	—	NRC.	—
247	59	RIH	6 T.	—	—	Nase verstopft. RNC.	—
248	71	LIH	2 M.	—	—	Rhinopharyngitis.	—
249	55	LIH	5 J.	Nichts.	—	Beiderseits starke Verstopfg. RNC.	—
250	54	LIH	1 J.	Nichts.	—	Beiderseits starke Verstopfg. RNC.	Ein Kind von ihm hat eine Hernie.
251	57	DIH	20 J.	Nichts.	Acquirirte vor 28 J. Lues und darauf war d. Nase lange verstopft.	Am harten Gaumen grosse, nach oben eingezog. Narbe. Die Gaumenbögen zum Theil mit d. phar. Wand verwachsen. Viele Narben sichtbar. Nase verstopft u. NRC.	—
252	27	LIH	5 J.	Bruder hat Bruch.	—	NRC.	—
253	42	RIH	—	Vater hat Bruch	—	Deviatio septi. RNC.	—
254	48	RIH	10 J.	Vater und Mutter haben Bruch.	—	—	—
255	40	RIH	3 W.	Vater hatte Bruch.	—	Deviatio septi. Pharyngitis sicca.	Hatte den Bruch vor 22 Jahren 3 J. lang.
256	33	DIH	½ J.	Mutter hat Bruch.	—	—	—
257	47	LIH	3 J.	Nichts.	—	NRC.	—
258	52	RIH	2 M.	—	—	Pharyng. granul.	Sohn hat e. Bruch.
259	37	DIH	4 J.	Vater hatte Bruch.	Leidet an Asthma, wie sein Vater.	—	Stellte sich nicht zur näheren Untersuchung.
260	75	DIH	8 J.	Nichts.	R. taub, l. schwerhör. Viel Schleim im Munde und leidet an Asthma, so lange er denken kann. Nie Husten od. Stuhlverstopfung.	Links starke Verstopfung. RNC.	Stellte sich nicht zur Behandl.

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
261	51	RIH	7 J.	—	Stuhl-Verstopfung. Viel Schleim im Munde.	Rechts sehr starke Verstopfg. NRC.	—
262	17	RIH	—	—	—	Phar. granul.	—
263	45	RIH	15 J.	—	—	Deviatio septi.	Ein Onkel von ihm hat einen Bruch.
264	35	DIH	—	—	—	Nasopharyngitis.	—
265	55	LIH	—	—	—	Nasopharyngitis.	—
266	43	LIH	16 J.	Nichts.	Kein Husten, keine Verstopfung.	—	—
267	32	RIH	4 J.	—	—	Phar. granulosa.	—
268	7	DIH	2 J.	—	—	Hintere Muschelenden stark hypertrophirt.	—
269	54	DIH	19 J.	Mutter hatte Bruch.	—	Rechts stark verstopft. RNC.	—
270	53	LIH	7 J.	Nichts.	Hustete vorher.	Links stark verst., RNC.	—
271	52	RIH	20 J.	Nichts.	—	—	—
272	56	LIH	10 J.	—	Stuhlverstopfung.	—	—
273	70	LIH u. RFH	40 J.	Nichts.	—	—	—
274	47	DIH	20 J.	Nichts	—	Rhinophar. chron.	—
275	4½	DIH	angeb.	Nichts	Schläft sehr unruh. Enuresis.	Adenoide Vegetat.	—
276	27	LIH	1¼ J.	Nichts	Hustete vorher und litt an Stuhlverstopfung.	Rechts verlegt. Pharyng. atroph. RNC.	—
277	57	RIH	1 J.	Nichts	Hustet. — Viel Schleim.	Beiderseits starke Verstopf. Starker RNC.	—
278	24	RIH	1 J.	Nichts	Kein Husten oder Stuhl-Verstopfg.	—	—
279	66	DIH	—	Vater hatte Bruch.	—	Rhinophar. chron.	—
280	63	RIH	—	Nichts.	—	—	—
281	47	DIH	—	Nichts.	—	Rhinophar. chron.	—
282	14	RIH	1½ J.	Nichts.	Viel Schleim im Munde.	Schwache adenoide Vegetationen.	Ist deswegen in Behandlung in e. Poliklinik.
283	68	RIH	10 J.	—	Fühlt des Morgens Mund ganz ausgetrocknet. Kein Husten od. Stuhlverstopfung.	Beiderseits stark verstopft. RNC.	Eins seiner Enkelkinder hat e. Hernie.
284	79	DIH	30 J.	Nichts.	Schwerhörig.	Verwachsungen d. Gaumensegels m. derPharynxwand links.	—
285	30	RFH	4 J.	—	Epitheliom an der Aussenseite der Nase im rechten Augenwinkel.	Chron. NRC.	—
286	21	RIH	—	Nichts.	—	—	—
287	65	DIH	9 J.	Nichts.	—	Beide Seiten verstopft. RNC.	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
288	12	RIH	—	—	—	—	—
289	52	DIH	—	Vater hatte Hernie.	—	—	—
290	39	RIH	1 W.	Nichts.	Asthma.	?	—
291	45	RIH	6 J.	Nichts.	Keine Stuhl-Verstopf. od. Husten. Hat „Catarrh in der Nase, so lange er denken kann“.	Polypen, die die ganze Athmung verlegen.	—
292	67	RIH	3 J.	—	Leidet an Asthma.	Hintere Muschelenden stark hypertrophirt, vorne Atrophie.	—
293	60	RFH	1 J.	Nichts.	—	—	—
294	23	DIH	angeb.	Vater hatte Bruch.	Stuhl-Verstopfung schon sehr lange. Auch die Nase ist immer verstopft.	Beiderseits starke Verstopfg. RNC.	—
295	20	DIH	angeb.	—	—	Deviat. septi. NRC.	—
296	47	RIH	12 J.	Nichts.	Fühlt immer die Nase verstopft u. viel Schleim im Munde. — Kein Husten.	Beiderseits starke Verstopfg. RNC.	—
297	6	RIH	2 J.	Nichts.	—	Hintere Muschelenden stark hypertrophirt.	—
298	25	DIH	1 J.	Nichts.	Zuweilen Stuhl verstopft. — Kein Husten.	Phar. granulosa.	—
299	27	LIH	7 J.	Nichts.	Hustet hin u. wieder. Stuhl gut.	Beide Seiten der Nase äusserst stark verstopft. RNC.	—
300	44	RIH	20 J.	Vater hatte Hernie.	—	Rechts geringe Deviatio septi.	—
301	51	LIH	2 J.	Nichts.	Stuhl gut. Kein Husten. „Catarrh in der Nase.“	Beiderseits starke Verstopfung.	—
302	26	DIH	angeb.	Mutter hatte Bruch.	—	—	—
303	56	DIH	2 J.	Nichts.	Stuhl gut. Kein Husten.	Links Hypertr. der Muscheln. Rechts voll von Polypen, so dass man sie fast mit den Fingern herausziehen kann.	Der Mann fühlt aber nichts davon. Irländer.
304	9	RIH	5 J.	—	Enuresis.	Starke adenoide Vegetationen.	Negerknab.
305	48	RIH	¼ J.	Nichts.	Stuhl gut. Kein Husten.	Rechts starke Verstopfung, links weniger. RNC.	—
306	47	DIH	4 J.	—	Taub links. Fühlt die Nase oft verstopft.	RNC.	—
307	62	DIH	40 J.	Vater hatte Hernie.	—	RNC.	—
308	50	RIH	20 J.	Nichts.	Stuhl gut. Kein Husten.	Nase mittelstark verstopft, RNC.	Hat einen Defect am l. Nasenflügel; d. Stück wurde ihm abgebissen.

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
309	43	RIH	2 W.	—	Hustet oft. Seit 3 Woch. Stuhl angehalten. Leidet an Epilepsie. Den letzten grossen Anfall hatte er vor 1 J.; seitdem fast jeden Tag kleinere Anfälle. Ferner Incontinentia urinae.	Rechte Seite stark verstopft.	—
310	45	LIH	1 J.	Nichts.	Kein Husten. Zuweilen Stuhl angehalten.	—	Frau.
311	41	LIH	4 J.	Nichts.	Denkt, dass der Bruch von seiner Stuhlverst. kam. Oft Niesen und Husten. Nase seit mehr als 20 Jahren verstopft.	Deviat. septi. NRC.	—
312	32	LIH	1 J.	Nichts.	Hustet, viel Schleim d. Morgens. Weiss nicht, ob seine Nase verst. ist!	Aeusserst starke Verstopfg. beiderseits!! RNC.	—
313	12	DIH	3 J.	—	Schnarcht zuweilen. Enuresis.	Starke adenoide Vegetat.	—
314	11	RIH	¼ J.	—	Machte das Bett nass bis vor 2 J. Viel Schleim im Munde.	Hintere Muschelenden stark verdickt. Grosse Tonsillen. RNC.	—
315	41	LIH	9 J.	Vater hatte Bruch.	Stuhl gut. Kein Husten.	Nase stark verlegt. Pharyng. later.	—
316	21	DIH	—	—	Leidet an Epilepsie.	—	Cretin.
317	30	LIH	1 J.	Nichts.	Husten zuweilen.	—	Frau.
318	7	RIH	3 J.	—	—	—	—
319	4	LIH	½ J.	Mutter h. Hernie und ihre 3 Kinder.	Schnarcht.	Adenoide Vegetat.	—
320	23	LIH	2 W.	Grossmutt. und Vater haben Hernie.	Oft Husten. Stuhl gut.	Pharyng. granul.	—
321	58	DIH	1⅛ J.	Vater hatte Bruch.	Fühlt Nase schon lange verstopft.	Beiderseits starke Verstopfg. Phar. chron.	Raucht und kaut.
322	71	RIH	½ J.	—	Leidet schon lange an Asthma.	Beiderseits starke Verstopfg. Phar. atrophicans.	—
323	50	RIH	10 J.	—	—	Pharyng. atrophic.	—
324	36	DIH	8 J.	Nichts.	Fühlt immer was im Halse.	Sehr starke Verstopf. beiderseits.	—
325	51	LIH	20 J.	Nichts.	—	RNC.	Potator strenuus.
326	31	Ventr-Hernie	27 J.	Vater hatte Hernie.	—	Rechte Seite stark unverlegt. Starker RNC.	Sie ist unverheirathet.
327	41	DIH	23 J.	Vater hatte Hernie.	Oft schwere Anfälle von Asthma.	Geringe Zeichen in der Nase. Starke Pharyng. chron.	—
328	37	UH	5 J.	Mutter hatte Bruch.	—	—	Sehr fette Frau.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google

Ueber mein Verfahren, Tumoren der Hinternasengegend durch combinirtes bimanuelles Verfahren zu beseitigen.

Von

Dr. **Hopmann.**

Veranlassung zu dieser Veröffentlichung giebt mir die in No. 8, 1887 dieser Monatsschrift erschienene Mittheilung von Ziem „Ueber Operationen im hinteren Abschnitte der Nase unter Leitung des Fingers". Ziem empfiehlt hier zum Abtragen der Hinterenden geschwollener Nasenmuscheln ein Verfahren, welches er seit 1884 angewendet habe. Zaufal sei der Erste gewesen, welcher empfohlen habe, solche Anschwellungen in der Weise zu beseitigen, dass die von vorn in die Nase eingeführte Schlinge mit Hilfe eines vom Munde aus eingeführten Fingers um die angeschwollene Partie herumgeführt werde. Etwas Näheres über Zaufal's (nur aus dem Referate in Virchow-Hirsch's Jahresberichte ihm bekannte) Arbeit vermöge er leider nicht anzugeben, könne aber die in Rede stehende Methode nach eigener Erfahrung als eine ebenso einfache als zweckmässige bezeichnen.

Ich bin in der Lage, das Nähere, welches Ziem unbekannt ist, mittheilen zu können. Ziem wird daraus ersehen, das nicht Zaufal, sondern ich der Erste war, welcher das fragliche Verfahren veröffentlicht und bestens empfohlen hat. Obgleich ich dasselbe seit Ende der 70er Jahre an Hunderten von Kranken mit Polypen bezw. mit einfachen, nicht polypoiden Hyperplasien der Nasenschleimhäute angewendet habe und noch stets unter gewissen Modificationen erfolgreich ausübe und obgleich ich dasselbe eingehend 1884 auf der Magdeburger Aerzteversammlung beschrieben habe [1]), so würde ich dennoch die Prioritätsfrage nicht erhoben haben, wenn nicht bei dieser Gelegenheit an einem klaren Beispiele erhärtet werden könnte, wie bei Referaten in Centralblättern, Jahresberichten etc. zuweilen verfahren wird. Die Erörterung Zaufal's, welche Ziem allein im Auge haben kann, ist in einem Vortrage desselben enthalten, welcher am 27. März 1885 im Verein deutscher Aerzte in Prag gehalten wurde. Ueber denselben ist ein ausführlicher Original-Bericht in No. 19 der Wiener med. Wochenschrift 1885 erschienen, den ich im Folgenden wörtlich citire, soweit er in Betracht kommt.

„Prof. Zaufal hält einen Vortrag über operative Behandlung der chron. Anschwellungen der hinteren Muschelenden. Zunächst bespricht er die durch Volumzunahme der diffus oder tumorartig angeschwollenen Nasenschleimhaut hervorgerufenen Symptome der Respirationbehinderung und bezeichnet die durch Hopmann aufgestellte Eintheilung der gutartigen Nasenschleimhautgeschwülste in cavernöse Tumoren, Hypertrophien, Papillome und Schleimpolypen als clinisch und anatomisch gerechtfertigt. Desgleichen stimmt er Hopmann bei, dass

[1]) Es ist darüber ein knapper Auszug in dem Tageblatte Seite 368 erschienen, der aber gleichwohl das Wesentliche enthält: „Prof. Schwarz-Halle fragt, wie Hopmann die Papillome entfernt? Hopmann erklärt, dass man bei der Exstirpation bis in das Gesunde vorgehen müsse. H. pflegt in der Mehrzahl der Fälle die kalte Schlinge von Zaufal zu benutzen; er führt dieselbe zusammengefaltet (soll heissen, soweit in die Röhre eingezogen, dass sie bequem in der Sagittalrichtung durch die Nase eingeführt werden kann) durch die Nase bis an die hintere Rachenwand und entfaltet sie mit dem hinter das Velum nach oben hochgeführten Zeigefinger der linken Hand etc."

Digitized by Google

für die cavernösen Tumoren mildere Mittel, compressive, galvanocaustische und chemische Aetzungen (Lapis, Chromsäure) sich gut bewähren. Auch die Wirkung des Cocains kommt besonders in diesen Fällen in Betracht. . . . . Bei Hypertrophien und Papillomen reichen diese Mittel nicht aus und ist deswegen die radicale Entfernung derselben anzuwenden, was am besten mit der kalten oder galvanocaustischen Schneideschlinge geschieht. Sitzen die Tumoren an den vorderen Muschelenden, so bietet ihre Entfernung keinerlei Schwierigkeiten, doch gilt die Entfernung der hinteren Muschelenden noch bis jetzt für eine wahre Crux der Rhinologen. Der Vortragende giebt dann eine historische Uebersicht der bisher geübten Operationsmethoden. . . . Er scizzirt Fälle, wo auch die Rhinoscopia anterior im Stiche lässt und hält es für wünschenswerth, eine Operationsmethode zu kennen, welche eine allgemeine Verwendung erlaubt, einfach ist und rasch zum Ziele führt. Den richtigen Weg dazu hat bereits Hopmann eingeschlagen, durch seine auf der Naturforscherversammlung zu Magdeburg veröffentlichte Operationsmethode (cfr. Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1884, No. 11)."

Zaufal beschreibt darauf in classischer Weise ausführlichst eine derartige Operation, wie sie genau in derselben, ich möchte wohl sagen typischen, Weise von mir ebenfalls stets vorgenommen wurde; hierbei bezeichnet Z. die Anwendung der galvanocaustischen Schlinge als einen Fortschritt und macht dieses, sowie das Einführen der bereits entfalteten Schlinge als eine Abweichung von meiner Methode namhaft. Letzteres beruht übrigens auf einem Missverständniss, da es mir niemals beigekommen ist, die Schlinge vor der Einführung kleiner zusammenzuziehen als nöthig war und ein vollständiges Zusammenlegen der Schlinge nur in den seltneren Fällen angebracht ist, wo die Nasengänge durch Polypen etc. total obstruirt sind und etwa auch selbst eine kleinere Schlinge beim Vorschieben immer wieder sich umbiegen sollte. Dass ich aber auch gelegentlich die galvanocaustische Schneideschlinge benutzte, geht aus der Angabe des Referates hervor, wo es heisst: Hopmann benutzt in der Mehrzahl der Fälle die kalte Schlinge (und zwar die von Zaufal), sowie aus früheren Veröffentlichungen meinerseit. Jedenfalls wird Ziem aus dem Angeführten die Ueberzeugung gewinnen, dass Zaufal an der angezogenen Stelle ganz unumwunden auf mich sich bezieht und dass seine eigenen Zugaben keineswegs irgendwie wesentlicher Art sind bezw. von mir ebenfalls bereits anticipirt waren. Wenn ich übrigens nur in der Minderzahl der Fälle die Glühschlinge, in der Mehrzahl dagegen die kalte Schlinge anwende, so hat das seinen guten Grund, einen Grund, der überhaupt durchschlagend gegen das ausschliessliche Operiren von Polypen u. dergl. mit der Glühschlinge spricht.

In dem von Zaufal über meinen Magdeburger Vortrag benutzten Referate dieser Monatsschrift von 1884 heisst es nämlich weiter: „er (Hopmann) lässt die Schlinge jedoch nur dann durchschneiden, wenn er die Basis der Geschwulst gefasst hat, in den übrigen Fällen reisst er durch leichten Ruck oder hebelnde Bewegungen die in der Schlinge gefesselte Geschwulst aus. Die Blutung ist in der Regel so am geringsten." Das ist gerade der Vorzug meiner Methode (zu welcher eine combinirte Manipulation beider Hände erforderlich ist und welche ich deshalb kurz die combinirte Methode nennen möchte), dass ich mit der vermittelst des Zeigefingers vor Allem formirten, dann in die richtige Lage gebrachten, über die Geschwulst geschobenen und event. daselbst fixirten Schlinge den Tumor zwar durchschneiden kann, aber nicht muss, mit der Glüh-

Digitized by Google

schlinge dagegen unter allen Umständen an der einmal gebildeten Schnürstelle durchtrennen muss. Mit der kalten Schlinge habe ich es im Belieben und in der Gewalt, einen weit grösseren Theil des hyperplasirten oder polypoid ausgewucherten Gewebes, als gerade gefasst ist, loszulösen. Handelt es sich nur um die bekannten glatten oder leicht runzeligen, an Volumen sehr veränderlichen, zuweilen aus den Choanen weit herausgequollenen Hinterenden der unteren Muscheln, welche so gern Gehörstörungen, Obstructionen des nasalen Athmungsweges etc. erzeugen, so kann ich diese mit der kalten Schlinge zwar ebenso flott durchschneiden als mit der glühenden und gewiss vermeidet man mit letzterer auch nicht immer eine, selbst nicht immer eine nur geringe Blutung[2]). Indessen ist bei diesen von mir früher als cavernöse Tumoren, jetzt dagegen als einfache Hyperplasien[3]) bezeichneten Geschwülsten (wie sie besonders an den Muschelenden und zwar vorwiegend an denen der unteren Muscheln vorkommen) besonders bei blutscheuen Patienten das langsame Abglühen zur Vermeidung der Blutung noch am ehesten am Platze, um so mehr, als bei diesen Geschwülsten gewöhnlich die einmalige Abtragung des in der Schlinge gefassten Theiles der Geschwulst zur Erreichung des Heilzweckes genügt. Ganz anders liegt aber die Sache bei der grossen Mehrzahl jener Geschwülste der Muscheln, welche entweder als sehr ausgedehnte einfache Hyperplasien, oder als polypoide Auswüchse der Schleimhaut (Fleisch- oder Himbeerpolypen) sich keineswegs blos auf die in die Schlinge gefassten Theile beschränken, sondern einen grossen Abschnitt, wenn nicht fast den ganzen Schleimhautüberzug der Muschel betreffen.

Wenn man solche Tumoren nach der Regel tuto, cito et jucunde behandeln will, so kann ich dazu nur nochmals an dieser Stelle mein combinirtes bimanuelles Verfahren nachdrücklichst empfehlen. Die combinirte Methode ermöglicht es, mit einem Ruck den ganzen oder doch fast den ganzen hyperplastischen oder polypoiden Ueberfluss der Schleimhaut bis auf das Gesunde zu entfernen und der Recidivgefahr wirksamst vorzubeugen, einer Gefahr, welche bei den Himbeerpolypen namentlich berücksichtigt werden muss. Der Sicherheit des Verfahrens steht zur Seite die Schnelligkeit, mit der es wirkt und hiermit hängt gewiss eng seine Schmerzlosigkeit zusammen, welche zuweilen so ausgesprochen ist, dass die Patienten nach vollzogener Operation verwundert fragen, was denn geschehen sei und ob nun die Operation beginne. Am unangenehmsten empfinden die Meisten das Einführen des Fingers hinter das

[2]) Es hat mir oft den Eindruck gemacht, als ob eine ergiebige Nachblutung aus den meist venösen Geflechten bz. dem cavernösen Maschenwerk nach einer Operation mit der kalten oder galvanocaustischen Schlinge zur Entlastung auch der chron. entzündeten Schleimhaut der Nachbarschaft der Geschwulst, und dadurch zur schnelleren Heilung nützlich und eher erstrebenswerth als zu fürchten sei; bei solchen Wahrnehmungen erinnerte ich mich dann der ausgiebigen Anwendung localer Blutentziehungen, welche die Augenärzte noch immer bei verschiedenen acuten und chron. Augenaffectionen mit Nutzen gebrauchen, während locale Blutentziehungen im Uebrigen nur sehr spärlich mehr herangezogen werden.

[3]) E. Fränkel hat nachgewiesen, dass bei den Hyperplasien der Muscheln bald das cavernöse Gewebe, bald die Drüsensubstanz vorwaltend betheiligt ist.

Digitized by Google

Velum bis in die Choane hinein und das Umlegen der von dem Finger entgegengeführten Schlinge um die Geschwulst. Unangenehm wird auch das Abziehen des Velums vermittelst eines Gummiröhrchens (dessen eines Ende von vorn in einen der unteren Gänge eingeführt, hinter dem Velum nach vorn gezogen und mit dem andern Ende oberhalb der Oberlippe nach geringer Anspannung verknüpft wird) empfunden, ein Verfahren, dessen ich mich nicht selten bei derartiger Operation, wenn die Reizbarkeit des Rachens gross und ein Assistent nicht zur Hand ist, bediene, um die Durchführung des Verfahrens zu erleichtern. Dagegen ist der eigentliche Operationsact so schnell vorüber, dass er dem Pat. oft kaum zur bewussten Wahrnehmung gelangt. Endlich pflegt nicht der geringste Vorzug des Verfahrens die relativ unbedeutende Haemorrhagie bzw. Nachblutung während der folgenden Stunden zu sein. Gewöhnlich ist diese erheblich stärker bei der Entfernung geschwollener Muschelenden etc. durch Abschneiden bzw. Durchschnüren (zuweilen selbst beim Durchglühen) besonders bei den glatten, oft momentan erheblich anschwellenden Formen der einfachen Muschel-Hyperplasien. Dagegen scheinen die Blutgefässe durch das Abzerren oder schnelle Abreissen fast der ganzen degenerirten Partie von dem gesunden Antheile der Schleimhaut bzw. von ihrer knöchernen Unterlage sich wirksamer zu schliessen, als wenn mitten in das cavernöse, Nb. hyperplasirte, Gewebe hineingeschnitten wird. Anfangs überraschte mich diese Wahrnehmung nicht wenig; jetzt habe ich mich längst daran gewöhnt, die geringe Blutung als die wenn auch nicht ausnahmslose Regel zu betrachten und lege selbst bei mittelstarker Blutung gleich nach der Operation keine Wattetampons mehr ein, sondern nur dann, wenn das Blut von vorn herein sehr profus sich ergiesst oder wenn eine mittlere Blutung länger als 5 Minuten nach der Operation in ungeminderter Stärke anhält. Nie möge man unterlassen, die Tampons, wenn ihre Application indicirt ist, mit Jodoform (das praecipitirte ist entschieden dem pulverisirten vorzuziehen!) gehörig einzustäuben, bevor sie fest in den unteren oder mittleren Gang eingepresst werden. Geht man mit dem Zeigefinger dem von vorn eingeführten Tampon in der Choane entgegen, so kann man die Watte genau an die Stelle andrücken, wo sie hauptsächlich wirken soll. Derartige Tampons müssen ungestört 3—5 Tage oder noch länger liegen bleiben, bis sie sich von selbst lockern. Es ist keine angenehme Zugabe der Cur, wenn eine solche Tamponade nothwendig wird. Obgleich diese Art von Tamponade im Vergleich zu der mit Hilfe des Belloqu'schen Röhrchens ausgeführten ziemlich schonend und schmerzlos ist, so übt doch die Watte einen Druck auf die Nasennerven, der, so lange er dauert, oft mit reflectorischen neuralgischen Beschwerden in verschiedenen Zweigen des Trigeminusgebietes beantwortet wird. Deshalb ist es sehr angenehm, dass in der Regel gar keine Tamponade nach der Operation nöthig wird, weil die Blutung bzw. Nachblutung gering ist oder gleich von selbst steht. Man kann auch in solchen Fällen immerhin mit Vortheil zum Schutze der Wunde vor Infectionen etwas Jodoform einstäuben oder einen Wattestreifen (aber dann ganz locker!) einlegen.

Krause hat zur Erleichterung der Entfaltung der Schlinge eine Modification des Zaufal-Blake'schen Polypenschnürers angegeben[4]),

[4]) Monatsschr. für Ohrenheilk. 1885, No. 4.

Digitized by Google

welche sehr zweckmässig sein soll. Ich habe bisher keine Beschwerde darin gefunden, den Draht vorzuschieben, wenn er auch beim Einführen der Röhre in die Nase, um dieses zu erleichtern, ziemlich stark in die Röhre zurückgezogen war, und somit die kleine Schlinge, sobald sie innerhalb der Choane fühlbar war, durch Vorschieben des Schiebers zu vergrössern, wobei sie gewöhnlich auch noch durch den im Nasenrachenraum verweilenden Zeigefinger auseinandergespreizt werden muss. Auf diese Weise kann man selbst die grössten Schlingen formiren, wenn man die mit dem Draht armirte, aber noch nicht in den Handgriff festgeschranbte Röhre zunächst für sich allein einschiebt. Mit einer solchen Röhre kann man wie mit einer Sonde hantiren und gelingt es selbst in ganz verwickelten Fällen bei riesigen, in den Nasenrachenraum hineingewachsenen Schleimpolypen noch, selbstredend unter Mitwirkung des Zeigefingers, die Schlinge zu entfalten, zu vergrössern und um den Körper des Polypen umzulegen. Hat man nun die armirte Röhre so applicirt, so muss ein Assistent nunmehr die Röhre in dem Handgriff, festschrauben und die Drahtenden an demselben befestigen. Alsdann zieht man die Schlinge langsam zusammen und hüte sich davor, sie ganz durchschneiden zu lassen. Hat man den Körper des Polypen fest in der Schlinge gefasst, so reisse man bei Schleimpolypen nicht wie bei Polypen der unteren Muscheln gerade nach vorn, sondern mehr in der Richtung nach unten und zwar unter Ausführung von hebelnden Seitenbewegungen. Auf diese Weise gelingt es meist, den Polypen, oder das Convolut von Schleimpolypen mit einem Male von der Insertion abzutrennen, zuweilen mit einem Stücke der letzteren, wie mit der Geschwulstbasis mitunter abgetrennte Knochenlamellchen beweisen. Wenn man bedenkt, wie verborgen, hoch und oft durchaus unzugänglich die Insertion mancher nach hinten herausgewucherter Schleimpolypen sitzt, so wird man nothgedrungen in vielen Fällen darauf verzichten müssen, die Schlinge bis zur Insertion heraufzuführen, um den Polypen von derselben durch Abschnüren zu trennen. In solchen Fällen ist die combinirte Methode unersetzlich und führt auf die bequemste und sicherste Weise zum Ziel, während man durch das Durchschneiden oder Durchglühen des Polypen innerhalb seiner Substanz sich nur das Weiteroperiren erschweren würde. Es ist mir eine angenehme Wahrnehmung, dass die von mir seit etwa 10 Jahren geübte und vor 3 Jahren zuerst öffentlich bekannt gemachte Methode der bimanuellen Operation von Polypen und Hyperplasien im hintern nasalen Gebiete allmählich immer mehr gewürdigt und in ihrer Bedeutung anerkannt wird.

Cöln, den 10. September 1887.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber Stimmgabelprüfungen. Von H. Steinbrügge. (Zeitschr. für Ohrenheilk. XVIII, 1.)

St. legt in vorstehender Arbeit eine kritische Lanze gegen die bisherige Deutung und diagnostische Verwerthung der Stimmgabelprüfungen

Digitized by Google

ein. Seine Ausführungen sind in Kürze folgende: Man hat bisher allgemein die Mach'sche physicalische Erklärung des physiologischen Weber'schen Versuchs, welche als richtig vor der Hand angenommen werden mag, auch auf die pathologischen Fälle übertragen, von der Voraussetzung ausgehend, dass die für die Luftleitung bestehenden Schallleitungshindernisse auch den Schallabfluss behindern müssen, wodurch eine Verstärkung der mechanischen Acusticus-Reizung und in Folge dessen die Perception der Stimmgabel auf dem betreffenden Ohre entstehe. An der Richtigkeit dieser Deutung zu zweifeln, giebt es mehrfache Gründe. Zunächst giebt es Fälle von Mittelohrerkrankungen, bei welchen eine Behinderung des Schallabflusses nicht anzunehmen ist, wie z. B. grosse Trommelfellperforationen oder totale Defecte, gleichwohl aber die Stimmgabel für Knochenleitung auf dem erkrankten Ohre gehört wird, während andererseits dasselbe Resultat der Stimmgabelprüfung sich in einer Reihe von Fällen constatiren liess, welche unzweifelhaft Labyrintherkrankungen betrafen. Hierzu kommt eine andere Reflexion; es dürfte die Verwerthung der Stimmgabelprüfungen zur differenziellen Diagnose zwischen Erkrankungen des mittleren und inneren Ohres oder des schallleitenden und schallpercipirenden Apparates schon deshalb hinfällig sein, weil diese übliche Trennung der Gehörleiden bei näherer Ueberlegung eine künstliche ist, den thatsächlichen Verhältnissen nicht entspricht; denn wo ist die Grenze zu ziehen zwischen mittlerem und innerem Ohr? Am natürlichsten an der Labyrinthwand: dieselbe gehört aber beiden Abschnitten gemeinsam an und wird gleich dem Trommelfelle von den Erkrankungen der einen oder andern Seite in Mitleidenschaft gezogen, so dass eine scharfe diagnostische Scheidung oft unmöglich ist; oder glaubt man durch die Stimmgabel nachweisen zu können, ob z. B. eine Verdickung oder Auflagerung an den Fenstern, an der Paukenhöhlen- oder Labyrinthseite sitze? Derselbe Mangel einer scharfen Trennung findet sich bei der physiologischen Eintheilung; die Schallleitung hört nicht an der Labyrinthwand auf, sondern erstreckt sich weit in's innere Ohr hinein, dessen grösster Theil diesem Zwecke dienen muss. Es darf demnach die bisher übliche Deutung des Weber'schen Versuchs für pathologische Fälle als irrig betrachtet werden und stellt St. an ihre Stelle eine andre Hypothese zur Erklärung der Resultate der Stimmgabelprüfung auf, welche er folgendermassen formulirt: 1) Das Besserhören des Stimmgabeltons in Knochenleitung im einseitig resp. stärker erkrankten Ohre, sowie die Verlängerung der Perceptionsdauer beruht auf einem höheren Grade der Empfindlichkeit (Hyperästhesie) des einen Hörnerven gegen die Schallwellen des craniellen Antheiles der Knochenleitung. 2) Diese Hyperästhesie tritt am deutlichsten bei den frischen Erkrankungen zu Tage, gleichviel ob dieselben im Mittelohr oder Labyrinth ihren Sitz haben. Bei längerer Dauer nimmt die Erregbarkeit des Nerven früher oder später ab und sinkt unter die Norm, so im Alter und selbstverständlich durch sonstige degenerative Processe, welche den Hörnerven im weitesten Sinne des Wortes betreffen. Die Knochenleitung erscheint entsprechend schwächer und an Dauer verkürzt. 3) Die so häufigen krankhaften Veränderungen im schallleitenden Apparate, dessen Bereich sich in das innere Ohr hineinerstreckt, sind die Ursache, dass die Hyperästhesie des Nerven sich nur verschwindend selten auch für

Digitized by Google

Luftleitung geltend macht. Zur Begründung beruft sich St. zunächst auf Ziemssen, welcher auf Grund der galvanischen Prüfung bei Erkrankungen des Mittelohrs und des Labyrinths zu dem Resultate gelangt, dass der gewöhnlichste Befund bei Ohrenkranken die Hyperästhesie des Hörnerven sei. Weiterhin erklärt St. eine directe Betheiligung von Labyrinthgebilden an acuten hyperämischen Mittelohrprocessen für weit häufiger als gewöhnlich angenommen wird; wenn auch die Blutvertheilung im mittleren und innerem Ohr getrennten Gefässbezirken angehöre, so beständen doch capilläre Verbindungen, wodurch eine Mitleidenschaft resp. Hyperämie des Labyrinths bei Mittelohraffectionen leicht hervorgerufen werden kann; auch die clinischen Symptome sprächen häufig genug für ein solches Vorkommniss. Abgesehen von der Blutbahn könnten auch durch die Lymphwege und Spalträume im Bindegewebe Krankheitserreger aus einem in den andern Theil übertragen werden, wie denn auch in der anatomischen Anordnung gewisser nervöser Labyrinthgebilde in unmittelbarster Nähe der Labyrinthwand und Fenster eine weitere Stütze für die Behauptung gegeben sei, „dass der nervöse Apparat sich bei Paukenhöhlenerkrankungen meistens im Zustande der Hyperästhesie befinde". Neben dieser directen Betheiligung weist der Autor auf die mannigfachen reflectorischen Beziehungen zwischen Reizung in peripheren Theilen des Hörorgans und dem Acusticus hin, wie solche ja zur Genüge bekannt sind. Nachdem St. die Lichtscheu bei peripheren Augenleiden in Parallele gestellt, und als möglichen Erklärungsversuch für die andauernde reflectorische Reizung des Acusticus auf Erschlaffung der Gefässwände im Nerven nach anfänglicher Gefässcontraction hingewiesen hat, bespricht er noch einige Einzelheiten des Rinne'schen Versuchs, welche bisher einer Deutung schwer zugänglich, durch seine Hypothese eine befriedigende Erklärung finden, worüber im Originale nachzulesen.

Wenn auch Zweifel an der Bedeutung der Stimmgabelprüfungen gerechtfertigt sind, so wird man sich nach des Referenten Ansicht gleichwohl schwerlich dazu verstehen, die völlige Bedeutungslosigkeit derselben für die differenzielle Diagnose der Gehörerkrankungen anzuerkennen und die bisherige Classification der letzteren fallen zu lassen. Die in ihren Folgerungen so weit gehende Hypothese des Herrn Autors würde dazu doch einer breiteren Unterlage bedürfen; es fehlen die pathologischen Befunde, und ein directer Nachweis der supponirten Hyperästhesie ist mit unseren gegenwärtig zu Gebote stehenden diagnostischen Hilfsmitteln wohl nicht zu führen. Wenn wir dem gegenüber in der Praxis an der Unterscheidung zwischen Erkrankungen des schallleitenden und schallpercipirenden Apparates festhalten und unter ersterem äusseres und mittleres, unter letzterem das innere Ohr verstehen, so ist dieser Eintheilung, die theoretisch anfechtbar ist, eine practische Berechtigung nicht abzusprechen. Aeusseres und mittleres Ohr bilden den einheitlichen, physicalischen Vorbau für die im Labyrinthe sich abspielenden physiologischen Vorgänge, dessen Erkrankung in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle der Erfahrung gemäss den nervösen Apparat intact lässt (die secundäre Hyperästhesie des Acusticus selbst zugegeben, stellt diese nach St.'s Darstellung keinen krankhaften, sondern einen abnormen Erregungszustand dar); eine Erkrankung der schallleitenden Theile im Labyrinth dagegen wird, wenn dieselbe nur irgend welchen beachtenswerthen Um-

Digitized by Google

fang angenommen hat und sich z. B. nicht lediglich auf eine Theilnahme der Innenseite der Labyrinthfenster an Mittelohrprocessen bezieht, was für die practische Würdigung des einzelnen Falles nicht von Belang sein wird, — durchgehends die nervösen Theile in Mitleidenschaft ziehen und durch Herabsetzung der Erregbarkeit des Acusticus die Perception der Stimmgabel durch Knochenleitung hiermit auf das andere Ohr verlegen. Die auf den physiologischen Weber'schen Versuch aufgebauten Schlüsse können mithin nach tausendfältiger Erfahrung, gegen welche einzelne Ausnahmen nicht in die Wagschale fallen, allgemeinere Geltung beanspruchen, wenngleich denselben auch keine absolute Giltigkeit zukommt, wie es ja zur feststehenden Regel geworden ist, das Resultat der Stimmgabelprüfung nur in Verbindung mit den anderen Untersuchungsmethoden zu verwerthen. Keller.

Ueber die Transplantation des künstlichen Trommelfells. Von Dr. Shirmunsky in St. Petersburg. („Wratsch", 1887, No. 40 u. 41.) Autoreferat.

Nachdem Verf. in historischer Folgerung über die verschiedenen bis jetzt bekannten künstlichen Trommelfelle spricht, sucht er die durch verschiedene künstliche Trommelfelle hervorgebrachte Gehörsverbesserung in ihrer verschiedenen Wirkungsweise zu erklären. So wirken z. B. einerseits die Wattekügelchen von Yearsley und Erhard, so auch die künstlichen Trommelfelle von Politzer und Hartmann hauptsächlich durch ihren Druck bei verschiedenen Lageveränderungen der Gehörknöchelchen; andererseits dient das Toynbee'sche Trommelfell und seine Modificationen von Jos. Gruber und Lucae einigermassen als Ersatz für die zerstörte Trommelfellsubstanz bei sonst normalem Leitungsapparat. Weiter geht Sh. zu den Versuchen, die Trommelfelllücken persistent zu schliessen, über, bringt die 3 bis jetzt nur in der Literatur bekannten Fälle von gelungener Hauttransplantation (2 von Berthold, 1 von Tangemann) und bespricht zuletzt die von Berthold in der jüngsten Zeit empfohlene Transplantation der Schalenhaut des Hühnereies auf das perforirte Trommelfell. Verf. selbst hat die Transplantation nach Berthold bei vielen Kranken mit bestem Erfolg ausgeführt, und beschreibt ausführlich 4 Fälle, von denen 3 mehrere Monate unter steter Beobachtung sich befanden. 2 Fälle sind der Pirogoff'schen russischen chirurg. Gesellschaft in St. Petersburg noch im Februar 1887 vorgestellt worden.

Auch versuchte Shirmunsky das Hühnereihäutchen auf verschiedene Wundflächen zu transplantiren, so auf eine Granulationsfläche, die sich am Gehörgang nach Operation einer Atresie des äussern Gehörganges gebildet hat, und die durch kein Mittel zur Ueberhäutung angeregt werden konnte. Das Häutchen heilte nicht an; als aber letzteres nach 7 Tagen abfiel, erschien die Wundfläche vollständig überhäutet. Ein zweites Mal versuchte Verf. bei einem 7jährigen Knaben mit vollständiger Zerstörung beider Trommelfelle und bei dem die Otorrhoe keinem Mittel weichen wollte, das Eihäutchen auf die verdickte Schleimhaut des Promontoriums zu transplantiren.

Nach der ersten Transplantation wurde die Otorrhoe bedeutend geringer, nach der zweiten sistirte sie vollständig und die Schleimhaut

Digitized by Google

des Promontoriums begann sich zu vernarben, während das transplantirte Häutchen abfiel. Auf diese Weise glaubt Verf., dass die Transplantation des Schalenhäutchens auf die Schleimhaut des Promontoriums in manchen Fällen als Mittel gegen chronische Otorrhoe dienen kann, aber nicht im Sinne Reverdin's, sondern als Schutzmittel gegen äussere Einflüsse, wodurch die Vernarbung der Schleimhaut schneller vor sich geht.

Beispiele von gutturalen Tascben bei Pferden zeigte Bland Sutton in der Londoner pathologischen Gesellschaft. Bei den Pferden bilden die Eustachischen Trompeten weite Säulen, so dass sie circa 200 Gramm halten können; sie nehmen den Raum ein, den beim Menschen der Pharynx inne hat; sie münden mit einer kleinen klappenartigen Oeffnung in die hinteren Nasengänge. Nach Einigen vertreten sie die mastoiden Zellen, bei Entzündungen tritt Verhalten des Inhaltes ein, Eiterung; dieselbe muss eröffnet werden zwischen Proc. styloideus und Unterkiefer.

Dr. M. Schm.

---

c) Rhinologische:

Durch chronische Rhinitis bedingte Acne des Gesichts. (Chronic Rhinitis as an Etiological Factor of Acne of the Face.) Von Carl Seiler in Philadelphia. (Maryland's Med. Journal, 29. October 1887.)

Verf. beobachtet schon seit einer Reihe von Jahren, dass Acne vulgaris und rosacea häufig mit chronischer Rhinitis und besonders der atrophischen Form dieser Krankheit vergesellschaftet vorkommt und ist zu dem Schluss gekommen, dass in solchen Fällen die Rhinitis die Ursache der Acne abgiebt. Es werden drei Krankengeschichten mitgetheilt, welche diese Ansicht unterstützen. Zur Erklärung des Zusammenhanges dieser krankhaften Zustände zieht S. die Thatsache heran, dass beim Erröthen des Gesichtes die Schwellkörper der Muscheln zugleich turgesciren, während sie beim Erblassen synchronisch abschwellen. Wird durch irgend einen entlegenen Reiz (vom Magen, von der Sexualsphäre aus) auf dem Wege des vasomotorischen Reflexes die Gesichtshaut hyperämisch, so werden die Schwellkörper von intacten Nasenmuscheln als Abzugsreservoire dienen können. Sind die Schwellkörper jedoch atrophisch, so fehlt die Ableitung und die Blutanschoppung in den Capillaren des Gesichtes hat perverse Secretion der Talgdrüsen und andere pathologische Veränderungen zum Gefolge. A. Sch. (N.-Y.)

Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Mit Einfluss der Rhinoscopie und der localtherapeutischen Technik für practische Aerzte und Studirende von Dr. Philipp Schech. Zweite Auflage. Leipzig und Wien bei Toeplitz u. Denticke. 1888. Besprochen von Dr. Moritz Schmidt.

Dass der Verfasser mit seinem Buche einem practischen Bedürfnisse entgegengekommen ist, beweist die schon nach drei Jahren nothwendig gewordene neue Auflage, sowie die Uebertragung der ersten Auflage in fremde Sprachen.

In der That vereinigt ja dasselbe auch klare Kürze mit grosser

Digitized by Google

Vollständigkeit des Inhalts; selbst der Specialist wird höchstens einige unwesentliche Punkte vermissen.

Die neue Auflage ist um 80 Druckseiten vermehrt, da alle die neueren Erscheinungen in der Literatur fleissig berücksichtigt wurden; einzelne Kapitel, insbesondere z. B. die Reflexneurosen, sind ganz umgearbeitet. „Auch sonst sind zahlreiche kleinere Ergänzungen und Zusätze eingefügt, die Eintheilung einzelner Capitel geändert und neue hinzugefügt, wie sie durch die Fortschritte der Wissenschaft und der Vollständigkeit wegen geboten erschienen."

Die Eintheilung des Stoffes nach localistischem System ist beibehalten, sie ist recht practisch; es sind ja dadurch einzelne Wiederholungen unvermeidlich, im Ganzen gewinnt aber entschieden das anschauliche Bild der Erkrankungen.

In all' den verschiedenen Capiteln ist namentlich die Diagnose und speciell die Differentialdiagnose eingehend behandelt. Ausführlich sind nach den drei Hauptabschnitten Mund, Rachen und Nase die Nervenerkrankungen besprochen, insbesondere bei Rachen und Nase die Reflexneurosen.

Bei dem Nasenrachenraum hätte vielleicht die Ansicht Schwabach's über die Nichtexistenz der Bursa pharyngea erwähnt werden können, ebenso hätte bei der Behandlung der tuberculösen Geschwüre des Rachens des Cürettements als einer der wirksamsten Methoden gedacht werden können; Ref. theilt wenigstens die Ansicht des Verf.'s bezüglich der Machtlosigkeit der Therapie bei solchen Geschwüren nicht ganz, er hat sie nicht selten heilen sehen, freilich auch oft recidiviren. Auch die Tonsillotomie mittelst der galvanocaustischen Schlinge verdient das abfällige Urtheil des Verfasser's nicht; freilich muss man dazu einen etwas weniger gracilen Griff zum Schlingenschnürer haben, wie den bei sonstigen Operationen so netten des Verf.'s. Den Sitz des Eiters bei Phlegmonie in oder um die Tonsillen räth der Verfasser mit dem Sondenknopf herauszutasten, ein Verfahren, das Referent seit vielen Jahren als sehr practisch erprobt hat.

Der Abschnitt über die adenoiden Vegetationen zeugt von practischer Beobachtung; in dem über die Nase sind Aschenbrandt's Untersuchungen richtig gewürdigt. Der Abschnitt über die Nasenkrankheiten ist einer der gelungensten Theile des Buches, er schliesst sich dem Ganzen in würdigster Weise an.

Die Abbildungen sind nicht immer ganz gelungen, z. B. die auf Seite 90 befindliche des rhinoscopischen Bildes.

Das Alles sind ja aber sehr kleine Mängel gegenüber den grossen Vorzügen des Werkes, das insbesondere für practische Aerzte und Studirende, für welche es ja geschrieben, eins der geeignetsten ist durch Vollständigkeit und Klarheit.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Fall von Epithelíom der Zunge, Entfernung der linken Hälfte. (Case of epithelioma of the tongue; removal of left half.) Von Lockhart Stephens. (Lancet 1887, 22. October.)

Die Operation fand statt am 1. März; am 23. April befand sich

Digitized by Google

Patientin wohl. Verf. schliesst an die Krankengeschichte einige sich mehr auf die Art der Operation und Nachbehandlung beziehende Bemerkungen; er meint, die meisten Operateure bevorzugten jetzt die Scheere. Dr. M. Schm.

Ueberzählige Glottis. (Glottes supplémentaires.) Von Dr. A. Gouguenheim. (Société française de laryngologie, Avril 1887 und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 5.)

Bei der sogenannten überzähligen Glottis ist es doch gewöhnlich die normale, durch erstere verborgene Glottis, welche die Töne hervorbringt. Verf. bringt als Beleg hierfür ein als 7jähriges Kind krank gewesenes, später syphilitisch gewordenes Individuum, dessen Epiglottis zerstört war, dessen falsche Stimmbänder eine wirkliche Glottis vocalis darstellten und auch als solche zu functioniren schienen; nach einiger Behandlung konnte man die wahren Stimmbänder theilweise sehen und letztere schienen in Wirklichkeit die Töne hervorzubringen. In diesem Sinne seien auch die Fälle von Cadier (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1887) und von Garel aufzufassen. Verf. kommt also zu dem Schlusse, dass es gar nicht bewiesen ist, dass eine zerstörte Glottis durch eine neue ersetzt werden kann, indem in keinem der 3 bekannten Fälle die Zerstörung der wahren Stimmbänder bewiesen war; damit soll nicht gesagt sein, dass die falschen Stimmbänder mit ihrer Umgebung bei mangelhafter Function der wahren Stimmbänder den von letzteren hervorgebrachten Ton nicht wesentlich verstärken können; jedenfalls dürfen die falschen Stimmbänder sich nicht im Zustand der Entzündung befinden. Dr. P. K.

Lähmung der Glottiserweiterer. (Paralysie des muscles cricoaryténoidiens postérieurs.) Von Dr. Coupard. (Journal de médecine de Paris, Août 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 5.)

Ein 52jähriger Mann litt an respiratorischer Stimmbandlähmung. Es wurde Compression beider Recurrentes durch syphilitisch infiltrirte Lymphdrüsen angenommen. Die antisyphilitische Behandlung brachte vollständige Heilung. Dr. P. K.

Ueber die Natur des Keuchhustens und Beschreibung einer neuen Behandlungsweise durch Prof. Moncorvo von Rio Janeiro. (De la nature de la coqueluche et description d'un nouveau mode de traitement inauguré par le professeur Moncorvo de Rio Janeiro.) Von Dr. William H. Bartow. (The Lancet, Mai 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 2, 1887.)

Nachdem Verf. die parasitäre Natur des Leidens nachzuweisen gesucht hat, giebt er seine Erfahrungen über die Bepinselungen des Pharynx und Larynx mit 1procent. Resorcinlösungen als sehr einladend und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Der Keuchhusten ist als durch Parasiten hervorgebracht zu betrachten. 2) Der Reiz der Micrococcen, welche sich in grosser Anzahl auf der Schleimhaut des Pharynx und Larynx vermehren, kommt in den Epithelialzellen vor, welche sich besonders zu der Reproduction eignen. 3) Das Resorcin in 1- oder 2procentiger Lösung, direct auf die Schleimhaut gebracht, kürzt ab, wenn es nicht gänzliche Heilung bringt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Morbus Basedowii. (Goître exophthalmique.) (Englische Briefe in S. Med., Mai 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 2, 1887.)

Dr. J. Hutchinson berichtet über einen Fall von Heilung, welcher zugleich mit Albuminurie verlief. Albuminurie besteht ziemlich häufig, sie besteht manchmal nur am Morgen, nie während der Schwangerschaft. Man giebt mit Erfolg Kalium bromatum, Aconit, Digitalis und Eisen; Eisumschläge auf die Schläfen, das Hinterhaupt und die Stirne. Dr. P. K.

Ueber die Innervation, die Functionen und die Lähmung einiger Kehlkopfmuskeln. (De l'innervation, de la fonction et de la paralysie de quelques muscles du larynx.) Von Dr. G. D. Cohen. (Fervaert, Leyde 1886, und Revue mensuelle de laryng. 1887, No. 2.)

Der Musculus cricothyroideus zieht weder den Schildknorpel nach unten, noch den Ringknorpel nach oben; er vermehrt die Convexität der beiden Schildknorpelhälften und spannt so die Stimmbänder der Breite nach; bei einseitiger Lähmung dieses Muskels verliert die Stimme ihre Klarheit, bei doppelseitiger Lähmung wird die Stimme noch dabei tiefer.

Die Musculi cricoarytaenoidei postici besprechend, glaubt Verf., dass Semon und Krause, welche bekanntlich zwei entgegengesetzte Theorien über die Medianstellung der Stimmbänder haben, beide Recht haben könnten. Nach Exner nämlich wird der Cricoarytaenoideus posticus beim Hunde seitlich und an seiner vorderen Fläche vom Laryngeus inferior, an seiner hinteren Fläche vom Laryngeus superior und manchmal von einem Ast des entgegengesetzten Laryngeus medius innervirt.

Dr. P. K.

Practischer Wink für die Tracheotomie. (Conseil pratique pour la trachéotomie.) Von Dr. W. L. Braddon. (The Lancet, 20. November 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 5, 1887.)

Bei Kindern ist man gewohnt, mit der linken Hand die Trachea einerseits mit den 4 Fingern und andererseits mit dem Daumen zu fixiren, um dann den Trachealschnitt zu machen. Verf. räth, um die Compression der Trachea resp. die Vermehrung der Dyspnoe zu vermeiden, die Hand unter das Hinterhaupt zu legen und dann die Trachea auf obengenannte Weise zu fixiren. Dr. P. K.

Laryngotomia intercricothyroidea wegen einer Larynxverengerung; Erweiterung, Brennen mittelst des Galvanocauters, Blutung. (Laryngotomie intercricothyroidienne pour un rétrécissement du larynx, dilatation, attouchement au galvanocautère, hémorrhagie.) Von Dr. Boursier und Dr. Moure. (Journal de médecine de Bordeaux, Avril 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1886, No. 12.)

Boursier stellt seinen Kranken vor, um zu beweisen, wie man bei der Laryngotomia intercricothyroidea nothwendigerweise die Cartilago cricoidea zerbrechen muss, wenn man eine genügend weite Canüle einführen will und die Resection der Cartilago cricoidea vorher nicht macht. In diesem Fall wurde die Cartilago cric. wirklich zerbrochen. Die Operation wurde wegen Phthisis unternommen. Die von manchen Autoren angepriesene Dilatation nach Schroetter half nicht, schadete vielmehr. Cauterisationen brachten bedenkliche Blutungen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Entfernung einer in den Kehlkopf gelangten Klette mittelst Tracheotomie. (Cockle-burr Removed by Tracheotomy from the Larynx.) Von J. Ford Thompson in Washington. (Journ. of the Amer. Med. Association. 1. October 1887.)

Ein 16jähriger Knabe hielt während des Ballspiels eine Klette im Munde und aspirirte dieselbe in den Larynx. Ein anderer Arzt, der Patienten laryngoscopirte, konnte den Fremdkörper sehen, doch missglückten die von ihm angestellten Extractionsversuche. (Näheres über diese Versuche, speciell über die in Anwendung gezogenen Instrumente ist nicht angegeben. Ref.) Bei der am folgenden Tage wiederholten Untersuchung mit dem Spiegel war die Klette nicht mehr zu sehen. Verf. schritt unter Chloroformnarcose zur Tracheotomie, und nachdem er den Fremdkörper mittelst des eingeführten Zeigefingers in der linken Seite des Kehlkopfes constatirt hatte, drängte er ihn mittelst einer gekrümmten Zange nach oben in die Mundhöhle. Heilung.

Der Artikel schliesst mit einer Zusammenstellung von drei ähnlichen Fällen aus der Literatur. In allen drei Fällen handelt es sich um in den Kehlkopf gelangte Kletten, welche durch Tracheotomie, resp. Laryngotomie entfernt wurden. (Der Fall von Thorner in Cincinnati [s. diese Monatsschr., Jahrgang 1886, S. 349], welchem es gelang, eine Klette mittelst der Voltolini'schen Schwammmethode zu entfernen, nachdem Versuche mit andern Instrumenten nicht zum Ziele geführt hatten, ist dem Verf. offenbar unbekannt geblieben.)

A. Sch. (N.-Y.)

Larynxcomplicationen bei Typhus. (Les complications laryngées dans la fièvre typhoide.) Von Dr. Tissier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1887.)

Jeder Theil des Organismus kann vom Typhusgift inficirt werden; kommt der Kehlkopf an die Reihe, so entsteht eine Typhuscomplication, welche zu den schwersten gehört und oft aller Behandlung trotzt. Verf. sucht eine Eintheilung der bei Typhus vorkommenden Larynxaffectionen zu geben und erwähnt die erythematöse, die folliculäre, die ulceröse Laryngitis, das Glottisoedem, welches als eitrige Infiltration der Larynxschleimhaut anzusehen ist, die Perichondritis und Chondritis laryngea, die Laryngitis pseudomembranacea, die Affection der Muskeln und Nerven. Die clinische Diagnose am Lebenden mag jedoch nicht so leicht sein, wie Verf. sie darstellt; diese Differentialdiagnose ist bei der gegebenen Schwierigkeit, den Patienten zu laryngoscopiren, sehr schwer zu stellen, an der Leiche ist sie leicht; beim Lebenden übrigens von keinem practischen Interesse, handelt es sich bei der Therapie ja immer nur darum, ob die Tracheotomie ausgeführt werden soll oder nicht (der Ref.). Die Behandlung des Laryngotyphus ist von der grössten practischen Bedeutung; die Resultate der sogenannten exspectativen Behandlung sind trostlos; der catarrhalische (erythematöse), der folliculäre, der ulceröse und meistens der diphtheritische Laryngotyphus erheischen gewöhnlich die Operation nicht. Kommt man aber nur bis zum Zweifel, glaubt man noch nicht an die sichere Indication zur Tracheotomie, so soll man schnell operiren; man findet „immer“ tiefere Zerstörungen, als es den Anschein hatte. Die Operation ist oft schwierig, die geschicktesten Operateure

Digitized by Google

haben die Canüle in einen Eitersack, statt in die Trachea eingeführt, welcher Missgriff natürlich den augenblicklichen Tod zur Folge hatte. Soll man nun hier die Cricotracheotomie machen? Verf. räth davon ab und empfiehlt die tiefe Tracheotomie, wo Ref. ihm, seinen Erfahrungen gemäss, beistimmt. Je früher man operirt, desto günstiger die Prognose. In den meisten Fällen muss Patient die Canüle sein Leben lang tragen. (Ref. kennt mehrere Fälle, wo die Canüle wieder entfernt werden konnte und die Patienten eine relativ ordentliche Stimme wieder erlangten.)

Verf. räth nach beigebrachten Beweisen, dass es immer angezeigt ist, zu operiren, obschon augenblicklicher Tod wie auch Zerstörung der Stimme für immer eintreten kann.

Die genaue, vom Verf. vorgebrachte Statistik, sowie die durchweg mit vielem Fleisse durchgearbeitete pathologisch-anatomische Seite des Aufsatzes wären vollständig, wenn die in den Jahren 1877—1885 in den „Annales des maladies de l'oreille et du larynx" erschienenen Aufsätze über Laryngotyphus berücksichtigt worden wären. Unter Anderem befinden sich hier die genau angegebenen Gründe, weshalb man immer die tiefe Tracheotomie ausführen soll; es finden sich dort die bei Ausführung der Operation zu gebrauchenden Vorsichtsmassregeln, sowie drei genau beschriebene Fälle von Laryngotyphus, wo die Canüle nach langer Zeit entfernt werden konnte. (Ref.) Dr. P. K.

Traumatisches Hämatom des Larynx. (Traumatic Haematoma of the Larynx.) Von J. W. Gleitsmann in New-York. (Med. Record, 29. October 1887.)

Ein 49jähriger Arbeiter wurde auf der Strasse angegriffen und durch einen gegen seinen Kehlkopf gerichteten Faustschlag zu Boden gestreckt. Er blieb eine kurze Zeit lang bewusstlos und als er erwachte, spuckte er Blut aus. Er war stimmlos, empfand Schmerzen im Larynx und konnte schlecht schlucken. Bei der laryngoscopischen Untersuchung fand sich eine dunkelrothe, zungenförmige Geschwulst, die der Hinterwand der rechten Larynxhälfte aufsass und von Schleimhaut überzogen war. Durch Palpation aussen am Halse war keine Knorpelfractur festzustellen.

Die ersten drei Tage hindurch veränderte sich die Grösse der intralaryngealen Geschwulst nicht, dann warf Patient einen grössern Blutklumpen aus, worauf die Grösse der Anschwellung rasch abnahm.

A. Sch. (N.-Y.).

Zwei Fälle von idiopathischem inneren Kehlkopfabscess (Two cases of idiopathic intra-laryngeal abscess.) Von Greville Macdonald, London. (Lancet, 24. Sept. 1887.)

Der erste Fall hatte eine Dauer von 18 Monaten, der Abscess sass in dem rechten Taschenbande, die secundäre Schwellung erstreckte sich auf die ganze rechte Larynxhälfte, besonders auch war die subglottische Gegend geschwollen. Ein Einstich entleerte Eiter und beseitigte rasch die Symptome. In dem zweiten Falle sass der erbsengrosse Abscess in der rechten aryepiglottischen Falte. Die Dauer war 8 Tage.

Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Ein Fall von idiopathischem Kehlkopf-Abscesse. Von Dr. Bandler in Prag. (Prager Med. Wochenschrift No. 34, 1887.)

Der Fall betraf einen 37jährigen Schneider, der mit der Angabe erschien, dass vor mehreren Stunden ohne jede bekannte Veranlassung plötzlich hedeutende Schmerzen im Halse und Schlingbeschwerden aufgetreten seien.

Status praesens ergab: Hohes Fieber, Heiserkeit, Kehlkopfeingang stark geröthet, Kehldeckel hufeisenförmig geknickt, am freien Rande wulstig verdickt, fast ganz unbeweglich und stark injicirt, Einblick in den Larynx unmöglich. Therapie: Innerliche und äusserliche Eisbehandlung. Nachts Schüttelfrost, vollständige Heiserkeit, grosse Athemnoth. Epiglottis schon bei der Fingeruntersuchung als ziemlich grosser Tumor tastbar.

Dieser Zustand hält noch einen Tag und die folgende Nacht an. Am nächsten Tage konnte an der obersten Parthie der rechten Kehldeckel-Hälfte eine gelblich verfärbte Stelle deutlich gesehen werden. Die Consistent des Tumors war weich, elastisch. Nun stellte V. die Diagnose auf Kehldeckel-Abscess und incidirte an der gelblich verfärbten Stelle, worauf sich sogleich eine ziemliche Menge gelblichgrünen, dickflüssigen Eiters entleerte und Pat. sofort Erleichterung angab.

Die laryngoscopische Untersuchung ergab auch alsbald eine bedeutende Volumsabnahme der rechten Kehldeckelhälfte. Nach 4 Tagen war der Kehldeckel bereits ziemlich abgeschwollen, beweglich, nur noch etwas geröthet; die wahren Stimmbänder in ihrem vordersten Abschnitte etwas geröthet, sonst nichts Abnormes weder im Rachen noch im Kehlkopfe. Nach weiteren 3 Tagen wurde Pat. geheilt entlassen und blieb seither gesund. O. Jelinek.

Folgen der Totalexstirpation der Glandula thyroidea. Cachexia strumipriva. Jodinjectionen. (Les effets de la thyroidectomie totale, cachexie strumipriva. Les injections jodées) (La thérap. contemp. méd. et chir., Octobre 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 2, 1887.)

Nach Reverdin, Rocher, A. Broca ist die Totalexstirpation eine physiologisch nicht mehr erlaubte Operation; man soll also die partielle Exstirpation vornehmen, oder besser noch, die Jodeinspritzungen versuchen. Folgende Regeln gelten bei der Jodeinspritzung: 1) Die Spitze der Pravaz'schen Spritze muss zuerst allein in das Gewebe eingestochen werden; fliesst Blut heraus, so hat man eine Vene verletzt; man muss die Spitze entfernen und an einem anderen Punkte einstechen. 2) Fliesst eine schmutzig-braune Flüssigkeit heraus, so ist man in eine Cyste gefallen; man lässt so viel Flüssigkeit als möglich herauslaufen und macht dann die Einspritzung. 3) Es fliesst nichts heraus beim Einstechen; man wartet einen Augenblick und spritzt dann ein. Anfangs spritzt man 10—15 Tropfen einer Jodtinctur ein, später ein ganzes Gramm. Manchmal genügt eine Einspritzung; bei alten grossen Kröpfen muss man 40—60 Einspritzungen machen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber eine neue Art von Halscysten. (D'une variété nouvelle de kystes du cou; Kystes cricothyroidiens.) Von Dr. Blocq. (Gaz. médicale de Paris No. 12, 13, 16 et 17, 1886, und Revue mens. de laryngologie No. 2, 1887.

Differentialdiagnose zwischen den Cricothyroidalcysten und den anderen Halscysten. Verf. giebt die Krankengeschichte von drei Fällen und betont, dass bis jetzt die Autoren diese Art Cyste nicht beschrieben haben. Diese Cysten sind unilocular, von serösem Inhalt, nicht mit der Haut verwachsen; ihr Sitz ist immer derselbe, auf dem Ligamentum cricothyroideum; die Perforationsöffnungen, welche normal das Ligamentum cricothyr. durchbohren, erklären die Verbreitung einer Entzündung von innen nach aussen und umgekehrt. Angeboren oder erworben, kennt man ihre Ursache nicht. Behandlung besteht in Punction mit oder ohne Injection, Incision und Excision. Dr. P. K.

Ein Fall von Retrooesophagealabscess. (A case of retro-oesophageal abscess.) Von Theod. Richards, Birkenhead. (Lancet, 1. October 1887.)

3jähriges Kind mit Spondylitis colli. Der Abscess lag einen Zoll unter dem Larynx, drückte auf die Trachea. Die tiefe Lage desselben verhinderte die Diagnose während des Lebens. Dr. M. Schm.

Intratrachealer Tumor. (Un cas de tumeur intratrachéale.) Von DDr Mackenzie Johnston und Joseph Cotteril. (Edinb. Med. Journ., Juni 1887, und Revue mensuelle de laryngologie No. 5, 1887.)

Ein tief in der Trachea sitzender, nur an der rechten Seite etwas Luft durchlassender Tumor wurde mittelst der tiefen Tracheotomie entfernt und die Heilung war vollständig. Dr. P. K.

Mittheilung über eine neue Behandlung einiger Krankheiten der Athemwege vermittelst Einführung gasförmiger Medicamente in's Rectum. Von Dr. Bergeon, Lyon. (Société d'Elysée. Sitzung vom 8. November 1887. — Journal de médecine de Paris, 2. Januar 1887.)

Angeregt durch die Arbeiten Claude Bernard's hat Herr Bergeon an einer grossen Reihe von Kranken Versuche angestellt. Die Herren Cornil und Chantemesse haben dieselben Beobachtungen angestellt. Die Methode besteht in Einführung von Schwefelwasserstoff (Hydrogène sulfuré) in den Dickdarm per anum. Auf diese Weise sind bei Phthise und Asthma glänzende Erfolge erzielt worden. Bei der torpiden Lungenschwindsucht erreicht man die fast völlige Unterdrückung des Auswurfs. Die Zunahme des Körpergewichts ist eine „rapide". Bei der Larynx-Phthise ist der Erfolg augenblicklich, bisher ohne einen Misserfolg.

Aus der Debatte, die sich anschloss, ist hervorzuheben, dass der Schwefelkohlenstoff (Sulfure de carbone) beim Asthma seine Verwendung findet; dass die Aufnahme dampfförmigen Schwefelkohlenstoffs (nicht des flüssigen) weder die Darmepithelien angreift, noch Schmerzen hervorruft; ebenso wenig der Schwefelwasserstoff.

Eine Injection à 4 Liter dauert $^3/_4$ Stunden. Für gewöhnlich reichen 2 Injectionen aus, bei schweren Fällen 3—4. Die Respiratio abdominalis verändert sich sofort zur costalis.

Digitized by Google

Der Präsident der Gesellschaft, Herr Tennesson, bestätigt die Ausführungen des Vortragenden aus eigener Erfahrung. Seine Kranken sind gebessert, der Husten hat nachgelassen, die Stimmung ist gehoben.

Ueber Rectalgasinjectionen. Modificationen. (Des injections rectales gazeuses. Modifications.) Von Dr. Hamon du Fougeray. (Gazette des hôpitaux, November 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 4.)

1) Bei der Fabrication der Kohlensäure ersetzt Verf. das elegante aber zerbrechliche Glas von Morel durch einen gewöhnlichen Apparat, wie er zur Seltersfabrication gebraucht wird. 2) Dieser Selterswasserapparat ersetzt das Gefäss und den Trichter von Morel, ist also weniger zerbrechlich. 3) Durch diese Modification ist der Preis des ganzen Apparates sehr herabgesetzt und auch armen Patienten zugänglich.

Dr. P. K.

Ueber den Werth der Gasclystiere von Kohlensäure und Schwefelwasserstoff in's Rectum bei Tuberculose. (De la valeur thérapeutique des injections gazeuses rectales d'acide carbonique et d'acide sulfhydrique dans la tuberculose pulmonaire.) Von DDr. Spillmann und P. Parisot. (Journ. des connaissances médicales, Januar 1887, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 4.)

Verff., bevor sie den therapeutischen Werth dieser Clystiere bestimmen, besprechen folgende 2 Punkte: 1) 4 Liter Gase dehnen den Mastdarm vollständig aus, gehen aber nicht weiter; will man mehr von dem Gasgemenge einspritzen, so verwundet man den Dickdarm und kann sogar eine Lähmung hervorbringen. 2) Die Quantität Schwefelwasserstoff, welche 4 Liter Kohlensäure mit sich nehmen, ist sehr gering.

Die Methode Bergeron ist nach genannten Autoren nicht im Stande, tuberculöse Processe weder zu hemmen, noch vorzubeugen; die Schweisse nehmen nicht ab, die Phthise geht ihren Weg, die Temperatur nimmt nicht ab; der Appetit wird nicht erhöht, das Abdomen wird aufgetrieben, und die Verdauung verlangsamt, die Darmstörungen sind glücklicherweise vorübergehend, das Gewicht der Kranken nimmt nicht zu; einzig und allein der Schlaf wird ruhiger wegen der Einwirkung der Kohlensäure. Die Behandlungsmethode ist also palliativ und weit entfernt, heilend zu wirken.

Dr. P. K.

Ueber Differential-Diagnose zwischen Schwellung der Trachealymphdrüsen und beginnende Tuberculose. (Du diagnostic différentiel de l'adénopathie trachéo-bronchique avec la tuberculose au début.) Von Dr. Mouktar. (Thèse de Paris 1886 und Revue mens. de laryngologie 1887, No. 5.)

Man ist erst in neuerer Zeit auf die Differential-Diagnose beider Krankheiten aufmerksam geworden (Gueneau de Mussy 1868 und Baréty 1874); die Inspection der Brust ergiebt negative Resultate, höchstens eine Hervorwölbung unter der Clavicula bei ausgeschlossenem Emphysem im Falle von Bronchialdrüsenerkrankung, eine Einsenkung dagegen bei Tuberculose; mittelst der Palpation erkennt man manchmal bei Tuberculose eine Verkleinerung des Thorax, während man bei Bronchialdrüsenerkrankung eine Vergrösserung bemerkt; die Percussion er-

Digitized by Google

giebt Dämpfung, am ausgeprägtesten in der Höhe der Drüsenregion bei Bronchialdrüsenerkrankung, während bei Lungentuberculose die Dämpfung der Lage der Tuberkeln entspricht.

Je grösser die Dyspnoe, besonders wenn sie trachealer oder laryngealer Natur ist, desto wahrscheinlicher sind die Lymphdrüsen krank; der Husten ist rauh oder keuchhustenartig bei Lymphdrüsenerkrankung, während er fast null bei beginnender Tuberculose ist (Guéneau de Mussy); Auswurf null bei Bronchialdrüsenerkrankung, specifisch und leicht zu microscopiren bei Tuberculose; Blutung spricht für Tuberculose. Das Laryngoscop giebt Lähmungs- und Contracturenerscheinungen nebst Compression bei Bronchialdrüsenerkrankung, während andererseits Larynxphthise leicht zu erkennen ist. Spirometrie ist kaum zu gebrauchen. Dysphagie spricht für Bronchialdrüsenerkrankung, während Anorexia, Brechen, Diarrhoe für Tuberculose sprechen. Schmerz spricht für Tuberculose; Pupillenveränderung spricht für Bronchialdrüsenerkrankung; getrübtes Bewusstsein kommt nur bei Tuberculose vor. Störungen in der Lymphgefässcirculation sprechen natürlich für Lymphdrüsenerkrankung. Verf. beschreibt nun 8 Fälle, wo die Differentialdiagnose gestellt wurde.

Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von den Hautbronchialfisteln. (Contribution à l'étude des fistules broncho-cutanées.) Von Dr. Louis Bourdon. (Thèse de Paris 1886 und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No 5.)

Verf. giebt folgende Definition: „Es sind neugebildete Hohlgänge, welche eine Communication zwischen Haut einerseits und Bronchien oder deren Verästelungen andererseits herstellen.“ Verf. bringt 15 Beobachtungen, worunter zwei eigene; er beweist, dass solche Fisteln besonders durch Thoraxabscesse bei normalem Lungengewebe entstehen; selten latent, sind diese Abscesse gewöhnlich leicht zu finden, und dennoch greifen sie durch Entzündung in die Tiefe, um in einem Bronchus zu perforiren; wenn sie auch Anfangs nur nach innen communiciren, so öffnen sie sich doch bald nach aussen, so dass sie eine complete Fistel darstellen. Zu fürchtende Complicationen sind: Septicaemie, Lungenentzündung und allgemeines Hautemphysem. Bei der Differentialdiagnose handelt es sich um Pulmonalhernie, eingekapseltes, mit dem Bronchus communicirendes, pleuritisches Exsudat, pleuritisches Exsudat, das mit dem Bronchus und der Haut zugleich communicirt, einen durch Adhärenzen abgekapselten Pneumothorax, eine pulsirende Pleuritis mit einer Hydatidencyste. Selten nach 40 Jahren, kommen sie meist bei Männern, und namentlich bei vorher durch Scrophulose und Excesse abgeschwächten Individuen vor. Die Behandlung besteht natürlich in baldigster Eröffnung, Drainage und antiseptischer Behandlung. Dr. P. K.

Ueber Varices des Oesophagus bei Störungen im Pfortadersystem. (Des varices de l'oesophage dans les troubles de la circulation de la veine porte.) Von Dr. Longuet. (Union médicale 1886, No. 65 und 66, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 5.)

Varices bei Lebercirrhose sind im Oesophagus häufiger, als man allgemein annimmt; in Frankreich wurden sie am ersten erkannt und genauer studirt. Bei allen Leuten kommen Varices normal vor, sind aber

Digitized by Google

dann an dem oberen Theile des Oesophagus; während sie bei Lebercirrhose immer am unteren Theile sind, hier eine Art Compensation bilden und oft zu Blutungen Anlass geben, nachdem die sie bedeckende Schleimhaut atrophirt ist. Schwer zu diagnosticiren, werden sie gewöhnlich erst erkannt, wenn durch ein varicöses Geschwür oder durch Schleimhautnecrose Blutungen entstanden sind, und dann werden letztere noch oft mit Haematemesis verwechselt. Ein grosser Theil der Gastrointestinalblutungen, welche bei Lebercirrhose vorkommen, ist auf Rechnung der Oesophagusvarices zu bringen. Dr. P. K.

Carcinomatöse Verengerung der Speiseröhre. (Du rétrécissement cancéreux de l'oesophage.) Von Dr. Landouzy. (Gazette des hôpitaux, 23. Februar 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 3)

Verf. erzählt zwei auffallende Krankengeschichten, wo bei Speiseröhren-Krebs der Catheterismus absolut lethal gewesen wäre. Er räth demnach, bei krebsigen Stricturen sich ganz zu enthalten, während er bei narbigen Stricturen der Sonde und der Gastrotomie das Wort redet. Dr. P. K.

Inhalt.

I. Originalien: Rüdinger: Zur Anatomie der Entwickelung des inneren Ohres. — Freudenthal: Ueber den Zusammenhang von chronischen Verstopfungen der Nase und des Nasenrachenraums mit Unterleibsbrüchen. (Fortsetzung.) — Hopmann: Ueber mein Verfahren, Tumoren der Hinternasengegend durch combinirtes bimanuelles Verfahren zu beseitigen. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Steinbrügge: Ueber Stimmgabelprüfungen. — Shirmunsky: Ueber die Transplantation des künstlichen Trommelfells. — Sutton: Beispiele von gutturalen Taschen bei Pferden. — b) Rhinologische: Seiler: Durch chronische Rhinitis bedingte Acne des Gesichts. — Schech: Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. — c) Pharyngolaryngologische: Stephens: Fall von Epitheliom der Zunge, Entfernung der linken Hälfte. — Gouguenheim: Ueberzählige Glottis. — Coupard: Lähmung der Glottiserweiterer. — Bartow: Ueber die Natur des Keuchhustens und Beschreibung einer neuen Behandlungsweise durch Professor Moncorvo von Rio Janeiro. — Hutchinson: Morbus Basedowii. — Cohen: Ueber die Innervation, die Functionen und die Lähmung einiger Kehlkopfmuskeln. — Braddon: Practischer Wink für die Tracheotomie. — Moure: Laryngotomia intercricothyroidea wegen einer Larynxverengerung; Erweiterung, Brennen mittelst des Galvanocauters, Blutung. — Thompson: Entfernung einer in den Kehlkopf gelangten Klette mittelst Tracheotomie. — Tissier: Larynxcomplicationen bei Typhus. — Gleitsmann: Traumatisches Hämatom des Larynx. — Macdonald: Zwei Fälle von idiopathischem inneren Kehlkopfabscess. — Bandler: Ein Fall von idiopathischem Kehlkopf-Abscesse. — Reverdin, Rocher, Broca: Folgen der Totalexstirpation der Glandula thyroidea. Cachexia strumipriva. Jodinjectionen. — Blocq: Ueber eine neue Art von Halscysten. — Richards: Ein Fall von Retrooesophagealabscess. — Johnston und Cotteril: Intratrachealer Tumor. — Bergeon: Mittheilung über eine neue Behandlung einiger Krankheiten der Athemwege vermittelst Einführung gasförmiger Medicamente in's Rectum. — du Fougeray: Ueber Rectalgasinjectionen. Modificationen. — Spillmann und Parisot: Ueber den Werth der Gasclystiere von Kohlensäure und Schwefelwasserstoff in's Rectum bei Tuberculose. — Mouktar: Ueber Differential-Diagnose zwischen Schwellung der Tracheallymphdrüsen und beginnende Tuberculose. — Bourdon: Beitrag zur Lehre von den Hautbronchialfisteln. — Longuet: Ueber Varices des Oesophagus bei Störungen im Pfortadersystem. — Landouzy: Carcinomatöse Verengerung der Speiseröhre.

Zur gefälligen Beachtung!

Die **Herren Mitarbeiter** werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXII. **Berlin, Februar 1888.** **No. 2.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Zur Anatomie und Entwickelung des inneren Ohres.

Von

Prof. Dr. **Rüdinger.**

Mit 3 colorirten Doppeltafeln.

(Tafel I und II beiliegend.)

(Fortsetzung.)

Bei den folgenden Betrachtungen will ich mich nicht auf alle die anatomischen Einzelheiten, welche im Vorhofe in Betracht kommen, einlassen, sondern nur die Punkte speciell erörtern, welche für die Topographie der beiden Säckchen, ihre Beziehungen zu dem ovalen Fenster, die Bildung der perilymphatischen Räume und die Fixation der Säckchen von wesentlicher Bedeutung sind.

Die genauesten Angaben über den Vorhof und die Topographie der Säckchen in demselben haben unstreitig Retzius und Schwalbe geliefert.

Während von Scarpa an bis auf die neuesten Forscher das häutige Labyrinth als ein von der Perilymphe umspültes Gebilde, mit Ausnahme der Nervenzutrittsstellen, beschrieben wurde, habe ich zuerst den bestimmten Nachweis geliefert, dass diese Annahme eine irrige war, indem

Digitized by Google

die Säckchen und die Bogengänge in eigenartiger Weise an den Knochenwänden anliegen und an diesen fixirt sind.

Wenn man von der Art der Befestigung des häutigen Labyrinthes spricht, so kann es sich nicht allein um die Nerveneintrittsstellen handeln, sondern um die Fixirung des häutigen Labyrinthes in seiner ganzen Ausdehnung. Haben auch schon die alten Anatomen von der Einlagerung der beiden Säckchen in die Recessus hemisphaericus und ellipticus gesprochen, so sollte nach ihrer Annahme doch das ganze übrige häutige Labyrinth von der Perilymphe allseitig umspült sein. Ist die Dauerform der beiden Säckchen zu Stande gekommen, so nimmt der Utriculus oben, lateralwärts und hinten und das runde Säckchen medialwärts unten und vorn seine Lage im Vestibulum.

Der Betrachtung der Topographie der beiden Säckchen muss ich zunächst wenige Bemerkungen über den Binnenraum des knöchernen Vestibulum vorausschicken.

Obschon aus früherer Zeit vortreffliche Beschreibungen des Vestibulum, selbst mit genauen Maassangaben, vorliegen, so muss ich doch sagen, dass bis jetzt keine sorgfältigere, auf selbstständige Beobachtungen basirte Darstellung über den Vorhof und über das ganze innere Ohr geliefert worden ist, als jene in dem Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane von G. Schwalbe, und ich verweise bezüglich der Beschaffenheit und der Dimensionen der einzelnen Wände des Vorhofes auf die Beschreibung des Vestibulum Seite 303 u. f. in dem erwähnten Buche.

Hier soll nur die Beziehung des ovalen Fensters zu den beiden Recessus in Betracht gezogen werden, insbesondere deshalb, weil, wie mir mehr als wahrscheinlich ist, die Topographie des ovalen Fensters zu den beiden Säckchen, insbesondere ihre Maculae acusticae für die Schallleitung im Labyrinth von hoher Bedeutung zu sein scheint. Aber jetzt schon muss ich darauf hinweisen, dass die Entfernung der beiden Recessus von dem ovalen Fenster durchaus keinen Maassstab abgiebt für die Entfernung der beiden Maculae acusticae der Säckchen von der Fussplatte des Steigbügels.

Betrachtet man die beiden Recessus vestibuli beim Erwachsenen, so ergiebt sich eine derartige Beziehung derselben zu einander, dass die Vertiefung im Vestibulum, wie schon erwähnt wurde, mehr unten und medial und die langgestreckte, weniger scharf begrenzte Bucht für den Utriculus mehr oben und lateral angebracht ist. Während die erstere die bekannte kreisrunde Umgrenzung zeigt, ist die letztere nicht scharf abgesetzt und, wie schon Schwalbe hervorhob, fast in sagittaler Richtung angebracht, jedoch sind die beiden Recessus so zu einander gestellt, dass die horizontalen Schnitte, welche oben beginnen, zuerst den Utriculus und in einer bestimmten Höhe diesen und auch das runde Säckchen an seiner oberen Grenze, wie ich weiter unten näher angeben werde, im Anschnitt treffen. An den horizontalen Schnitten, welche für das Studium der Topographie der Recessus und der beiden Säckchen zweifellos am lehrreichsten sind, darf man demnach nie erwarten, dass die beiden Maculae cribrosae acusticae in ihrer ganzen Grösse getroffen werden, sondern man wird, während man z. B. die Macula cribrosa utriculi in ihrem grössten Durchmesser durchschnitten hat, die Macula cribrosa sacculi nur am Rande treffen können. Sollten die beiden Maculae cri-

Digitized by Google

brosae in ihren grössten Durchmessern an einer Schnittfläche sichtbar werden, so müsste man stark von der horizontalen Schnittrichtung ablenken und Schiefschnitte von vorn und unten nach oben und hinten ausführen.

Die Topographie der beiden Säckchen im Vestibulum und ihre Beziehungen zur Fussplatte des Steigbügels verdienen deshalb eine besondere Berücksichtigung, weil für die Schallleitung nach den Nervenstellen der beiden Säckchen eine grosse Verschiedenheit besteht, welche nachträglich noch zur Erörterung kommen soll.

Bezüglich des Binnenraumes des von Weichtheilen befreiten Vestibulums ist vor Allem hervorzuheben, dass die Entfernung des medialen vorderen Endes der Fenestra ovalis von der Macula cribrosa sacculi eine bedeutend geringere ist, als der Abstand des lateralen hinteren Endes des genannten Fensters vom Recessus utriculi und daher der ganze Binnenraum des Vestibulum an dem medialen oder Schneckenabschnitt einen kleineren horizontalen Durchmesser zeigt, als der laterale hintere Raum desselben, welcher an die Bogengänge angrenzt. Im Mittel beträgt die Entfernung der vorderen Umrandung des ovalen Fensters von der Macula cribrosa sacculi 1,2 Mm. und die der hinteren Umrandung von der Macula cribrosa utriculi 4,4 Mm. Beim Erwachsenen grenzt der vordere mediale Rand des Recessus sphaericus fast an den vorderen medialen Abschnitt des ovalen Fensters an. Die nothwendige Folge dieser Anordnung ist die nähere Beziehung des runden Säckchens zur Steigbügelfussplatte und die weitere Entfernung des Utriculus von der genannten Platte. Der vestibulare Raum ist demnach medialwärts in der Nähe der Schnecke viel kleiner, als lateralwärts in der Nähe der Mündungen der Canales semicirculares.

Diese Thatsache ergiebt sich sowohl an annähernd horizontalen Schnitten oder Schliffen, welche man einerseits durch die Mitte des Meatus auditorius internus und andererseits durch die Mitte des ovalen Fensters ausführt, und man erkennt an denselben schon bei neugeborenen Kindern die angegebenen characteristischen Beziehungen des ovalen Fensters zu den beiden Recessus ebenso, wie bei dem Erwachsenen. Wenn man an geeigneten Präparaten der Pars petrosa den inneren Gehörgang künstlich oder am Sonnenlicht beleuchtet und die hintere mediale Vorhofswand durch das ovale Fenster hindurch betrachtet, so sieht man, wie der Recessus hemisphaericus, welcher stark transparent ist, dem ovalen Fenster in grösserer Ausdehnung gegenüber und näher steht, als der Recessus hemiellipticus, von welchem man nur einen verhältnissmässig kleinen Abschnitt wahrnimmt.

Topographie der beiden Säckchen im Vorhof.

Um die Orientirung im Vestibulum zu erleichtern und die Topographie der Weichtheile leicht übersehen zu können, habe ich an jeder Figur der Tafel II unten zwei Linien angebracht, die in rechtem Winkel zu einander stehen. Die zu den Figuren horizontal stehenden Linien stellen genau die frontale Ebene und die zu den Figuren vertical gestellten Linien deuten die sagittale Ebene des Kopfes an.

Hiernach wird man sich bezüglich der Topographie der Vorhofswände und der Säckchen und ihrer einzelnen Abschnitte leichter zurechtfinden.

Digitized by Google

Verfolgt man die Entwicklungsvorgänge der Säckchen im Vorhofe, nachdem sich die vollständige Trennung derselben vollzogen hat, so fällt zunächst die Erweiterung des vestibularen Raumes mit dem Auftreten einer dichten Bindesubstanz um die Säckchen herum, jenes schon von mehreren Autoren beschriebenen Gallertgewebes, in die Augen. Bei den Säugethieren und dem Menschen ist die Vergrösserung des Vestibulum nicht das Resultat des gesteigerten Wachsthums der Säckchen, sondern der Vorhofsraum mit seiner allseitig ihn erfüllenden Bindesubstanz hat fast die doppelte Grösse der beiden Säckchen und es ist demnach mit der Vorhofsanlage schon frühzeitig das Zustandekommen der Perilymphräume vorgesehen. Wenn man die Figur I der Tafel II betrachtet, so erkennt man, dass in diesem Entwicklungsstadium keines der beiden Säckchen, deren Trennung sich noch nicht ganz vollzogen hat, an die Knorpelwand angrenzt. Nur der Ductus endolymphaticus liegt der Knorpelwand ziemlich nahe, berührt jedoch dieselbe nicht unmittelbar. Bei der weiteren Ausbildung der beiden Säckchen rückt nur der Sacculus rotundus der medialen Knorpellücke, in welcher die Fasern des Nervus vestibuli eintreten, immer näher, ohne jedoch den Knorpel zu erreichen. Das Gallertgewebe verdichtet sich in dem künftigen Recessus hemisphaericus immer mehr, die Lymphspalten schwinden und es treten in demselben die Züge der Nervenfasern auf, welche nach der an der medialen Wand des Vorhofes stehenden Macula acustica sacculi hinstreben.

Was nun den Sacculus hemiellipticus (den Utriculus) anlangt, so muss vor Allem hervorgehoben werden, dass derselbe, soweit meine derzeitigen Untersuchungen reichen, ein ganz anderes Verhalten darbietet, als bisher angenommen worden ist. Bei den bis jetzt untersuchten Thieren, worunter 2 Hundefoetus von 122 mm Länge und menschliche Köpfchen aus dem dritten Monat des fötalen Lebens sich befinden, ist der Utriculus so gelagert, dass seine Macula acustica nicht medial und nach hinten gestellt, sondern lateral-ventral gerichtet ist und ihr grösster Querschnitt in der frontalen Ebene sich befindet, und bezüglich dieser Anordnung stimmen alle Schnitte vom Labyrinth der Säugethiere und des Menschen mit einander vollkommen überein. Die Macula acustica utriculi hat in allen mir vorliegenden Entwicklungsstadien bei den Säugethieren und dem Menschen keine directe Beziehung zum Recessus hemiellipticus, d. h. zur dorsomedialen Wand des Vorhofes, sondern dieselbe steht in frontaler Richtung und ist gegen die Cisterna perilymphatica vestibuli, folglich ventral so gerichtet, dass die beiden Maculae der beiden Säckchen rechtwinkelig zu einander gestellt sind. Der dorsalen Ausbuchtung des Vorhofes liegt ein Abschnitt der Wand des Utriculus nahe, welcher keine Neuroepithelien trägt.

Während somit die Hörzellen im runden Säckchen mit ihren Haaren nach dem ovalen Fenster resp. nach der Fussplatte des Steigbügels gerichtet sind, stehen die Hörzellen mit ihren Haaren im Utriculus in dorsaler Richtung und sind von der Fussplatte des Steigbügels so weggewendet, dass dieselben nach dem dorsalen Binnenraum des Ultriculus sehen. Relativ befindet sich die Macula acustica utriculi der Steigbügelfussplatte näher gerückt, als die Macula acustica des runden Säckchens, allein die erstere ist mit ihren Basalzellen und den in sie eintretenden

Digitized by Google

Nerven nach der Cisterna perilymphatica vestibuli gerichtet. Die Stellung der Hörhaare der Macula utriculi stimmt vollständig überein mit der Richtung der Hörzellen der Ampulla posterior des frontalen Canalis semicircularis membranaceus, wie sie in Figur II der Tafel II vom Schweineembryo dargestellt ist. Der mediale Rand der Macula acustica utriculi und der dorsolaterale Abschnitt des Sacculus, welcher keine Neuroepithel besitzt, grenzen so dicht aneinander, dass eine kaum nennenswerthe Bindesubstanz zwischen ihnen Aufnahme findet. Medialwärts aber bleibt zwischen dem Sacculus rotundus und Utriculus so viel freier Raum, dass eine kantig vorspringende Bindegewebesleiste Aufnahme zwischen ihnen findet. (S. Figur IV der Tafel II, Zahl 1.)

Diese Darstellung bezieht sich, wie schon angegeben wurde, auf Embryonen von ziemlich vorgerückten Entwicklungsstadien, und wenn ich auch zugebe, dass in der weiteren Ausbildung des häutigen Labyrinthes, insbesondere der beiden Säckchen, noch formelle und Lage-Veränderungen bis zu einem gewissen Grade sich vollziehen, so möchte ich zur Zeit doch die Vermuthung aussprechen, dass bezüglich des Verhaltens der beiden Maculae der Säckchen schon Dauerzustände vorliegen, behalte mir jedoch vor, die topographischen Beziehungen der Neuroepithelstellen der beiden Säckchen zu einander beim Erwachsenen noch specieller zu untersuchen. Vorläufig will ich daran festhalten, dass die vollständig entgegengesetzte Stellung der Hörhaare der beiden Maculae der Säckchen zu der Fussplatte des Steigbügels einen physiologischen Grund für sich zu haben scheint. In dem runden Säckchen können die Schallwellen direct zu den Hörhaaren gelangen, während dieselben in dem Utriculus mehr von den Bogengängen her auf die Hörhaare einwirken müssen. Die in Kürze angegebene Thatsache ist so auffallend, dass dieselbe bei der Besprechung des topographischen Verhaltens der Neuroepithelstellen in dem Vorhofe als eine der wichtigsten zu betrachten ist und mit Rücksicht auf physiologische Fragen eine ganz besondere Beachtung verdient.

Obschon ich bisher bei allen Säugethierembryonen die erwähnte Anordnung beobachten konnte, ist dieselbe bei Hundeembryonen von 122 mm, bei denen die Dauerformen mehr oder weniger angenommen werden dürfen, so prägnant ausgesprochen, dass ich in der nächsten Nummer dieser Monatsschrift eine Abbildung über die Säckchen beifügen werde. Mit Rücksicht auf die vorliegenden Fragen wurden die grösseren Fötusköpfe erst in jüngster Zeit geschnitten, nachdem die beiliegenden Tafeln schon vollendet waren.

Die Bildung der Perilymphräume im Vestibulum.

Oben habe ich schon erwähnt, dass in jenen Entwicklungsstadien der Säckchen, in welchem die von vorn nach hinten wachsende Scheidewand die Trennung derselben vollzieht, die Bindesubstanz, welche allseitig um das Labyrinth auftritt, an der dorsomedialen Seite des Sacculus rotundus sich verdichtet, während an der lateralen vorderen Seite ein entgegengesetzter Process in dem Gallertgewebe stattfindet. Hat die Scheidewand zwischen den beiden Säckchen die trichterförmige Oeffnung des Ductus endolymphaticus erreicht, so heftet sich ein Abschnitt der dorsomedialen Seite des Utriculus ebenfalls fest an die Wand des Vestibulum

Digitized by Google

und jene Zone desselben, an welcher das Neuroepithel in der Ausbildung begriffen ist, richtet sich ganz ventralwärts, wo in dem angrenzenden verdichteten Bindegewebe des Nervus saccularis major in bogenförmigen Zügen die Wand des Utriculus erreicht. (S. Tafel II Figur II, Zahl 5 und 6.) Es würde mich hier zu weit führen, wollte ich die sich allmählig vollziehenden Aenderungen in dem Verhalten der Säckchen bei den verschiedenen Säugethieren, bei welchen ich dieselben beobachtet habe, speciell betrachten, und beschränke ich mich daher nur auf diejenigen Vorgänge im Vestibulum, durch welche „der grosse Perilymphraum", die „Cisterna perilymphatica vestibuli" zu Stande kommt. Hat die Fussplatte des Steigbügels ihre Abgrenzung von der knorpeligen Labyrinthwand erfahren, so stellt dieselbe einen nach dem Vestibulum gerichteten, mehr oder weniger starken convexen Wulst dar, welcher an seinem dorsalen Rande bedeutend mehr nach dem vestibularen Raume vorspringt, als an seinem ventralen Rande, welcher in der Ebene des ovalen Fensters steht.

Zwischen dieser Fussplatte und den beiden Säckchen beginnt der Raum lichter zu werden, indem die Lymphspalten sich vergrössern, die Kerne an Zahl sich verringern und die Bindesubstanz ein balkenförmiges Netz bildet. Allmählig erweitern sich die Lücken, gewöhnlich im Centrum des erwähnten Raumes, zwischen dem Steigbügel und den Säckchen noch mehr, und es nimmt die Lichtung an Ausdehnung immer mehr zu. Gleichzeitig kann man sehen, dass zwischen dem ventralen Abschnitt des runden Säckchens und dem dorsolateralen des Utriculus das Gallertgewebe sich mehr und mehr verdichtet und bleibende Fixirungsmittel für die Säckchen darstellt.

Ist die regressive Metamorphose der Bindesubstanz grösstentheils erfolgt, so sieht man noch einzelne Bindegewebsbündel, welche nach und nach ganz verschwinden und es tritt dann ein halbmondförmiger Raum, die Cisterna perilymphatica vestibuli auf, welcher durch die convex nach dem Vestibulum vorspringende Fussplatte des Steigbügels mehr oder weniger concav und mit der dorsomedialen convexen Seite an die beiden Säckchen angrenzt. Die frontale Dimension der Cisterna perilymphatica vestibuli beträgt bei dem erwähnten Hundefötus von 122 mm Länge nicht ganz 1 mm an der engsten Stelle; die sagittale Ausdehnung derselben misst 1,5 mm. Die übrigen perilymphatischen Räume im Vorhofe sollen ihre Besprechung bei der Betrachtung der Bogengänge finden.

(Schluss folgt.)

Beschreibung der Tafeln.

Tafel I. Sechs Figuren über die Bildung der Säckchen und des Ductus endolymphaticus von verschiedenen Thieren und dem Menschen.

Figur I. Die erste Anlage der Säckchen und des Ductus endolymphaticus vom Embryo des Schweins. (Horizontalschnitt.)

1) Alveus communis.
2) Erste Anlage der lateralen vorderen Scheidewand für die beiden Säckchen.
3) Mediale hintere Leiste, welche der vorderen entgegenwächst.
4) Lamelle, welche sich zwischen den Utriculus und den Ductus endolymphaticus vorschiebt. (Laterale hintere Leiste.)
5) Trichterförmiger Eingang in den Ductus endolymphaticus.

Digitized by Google

6) Ductus endolymphaticus.
7) Utriculus, welcher sich in den hinteren frontalen Bogengang fortsetzt.
8) Anfangstheil eines Bogenganges.
9) Anfangstheil des Ductus cochlearis.

Figur II. Weitere Veränderung der Säckchen, der Schnecke und des Ductus endolymphaticus vom Schweinsfötus. (Horizontalschnitt.)

1) Alveus communis mit sehr beschränktem Lumen.
2) Anfangstheil des hinteren frontalen Bogenganges.
3) Trichterförmiger Eingang in den Ductus endolymphaticus.
4) Hals des Ductus endolymphaticus.
5) Erweiterter Fundus des Saccus endolymphaticus.
6) Kleine hintere Ausbuchtung des Endolymphsackes.
7) Canalis reuniens.
8) Ductus cochlearis.

Figur III. Säckchen und Ductus endolymphaticus vom Schweinsfötus. (Horizontalschnitt.)

1) Utriculus vestibuli.
2) Sacculus rotundus vestibuli.
3) Laterale vordere Scheidewand der beiden Säckchen.
4) Hinterer medialer Vorsprung, welcher der vorderen Scheidewand entgegenwächst.
5) Hinterer lateraler Vorsprung, welcher
6) den trichterförmigen Eingang in den Ductus endolymphaticus begrenzt.
7) Hals des Ductus endolymphaticus.
8) Fundus des Ductus endolymphaticus.

Figur IV. Ductus endolymphaticus vom Kaninchenembryo. (Horizontalschnitt.)

1) Alveus communis. Der Utriculus und Sacculus erscheinen noch in Form einer gefalteten Blase.
2) Hals des Ductus endolymphaticus.
3) Erweiterter Fundus desselben.
4) Unregelmässig angeordnetes Epithel des Ductus endolymphaticus.

Figur V. Ductus endolymphaticus vom Rindsembryo.

1) Sacculus rotundus.
2) Utriculus.
3) Medialer hinterer Vorsprung.
4) Lateraler hinterer Vorsprung.
5) Ventrale Scheidewand der beiden Säckchen.
6) Trichterförmiger Eingang in den Ductus endolymphaticus.
7) Hals des Ductus endolymphaticus.
8) Fundus des Ductus endolymphaticus.
9) Hinterer frontaler Bogengang.

Figur VI. Ductus endolymphaticus vom Hundsfötus. (Horizontalschnitt.)

1) Utriculus.
2) Sacculus.
3) Ventrale Scheidewand der beiden Säckchen.
4) Hinterer medialer Vorsprung.
5) Hinterer lateraler Vorsprung.
6) Trichterförmiger Eingang in den Ductus endolymphaticus.
7) Enger Hals des Ductus endolymphaticus.

Digitized by Google

8) Fundus des Ductus endolymphaticus, welcher an verschiedenen Stellen 9), 10) und 11) durch mit Blut erfüllte Venen comprimirt erscheint.

Figur VII. Ductus endolymphaticus mit den beiden Säckchen vom menschlichen Fötus. (Horizontalschnitt.)

1) Utriculus.
2) Sacculus rotundus.
3) Ventrale Scheidewand der beiden Säckchen.
4) Hinterer medialer Vorsprung.
5) Hinterer lateraler Vorsprung.
6) Trichterförmiger Eingang in den Ductus endolymphaticus.
7) Hals des Ductus endolymphaticus.
8) Fundus des Ductus endolymphaticus.
9) Hintere mediale Ausbuchtungen des Endolymphsackes.

Tafel II. Fünf Figuren über die Topographie der Säckchen und die Cysterna perilymphatica vestibuli von verschiedenen Säugethieren und dem Menschen.

(Alle Figuren sind so gestellt, dass dieselben dem rechten Gehörorgan entsprechen.)

Figur I. Horizontalschnitt des Vorhofes und der Säckchen vom Fötus einer Katze.

1) Gallertartige Bindesubstanz nimmt mehr von dem vestibularen Raum ein, als die beiden Säckchen mit dem Anfangstheil des Ductus endolymphaticus.
2) Steigbügelfussplatte.
3) Fortsetzung des Gallertgewebes nach der Schnecke.
4) Aquaeductus vestibuli.
5) Utriculus (Sacculus hemiellipticus).
6) Sacculus rotundus.
7) Mediale hintere und
8) laterale hintere Leiste, welche
9) und 10) die Communications-Oeffnungen darstellen, indem sich von vorn und lateral die Scheidewand der beiden Säckchen in die Mündung des Ductus endolymphaticus vorschiebt.
11) Ductus endolymphaticus.

Figur II. Untere Abtheilung des Vestibulum mit dem Sacculus hemiellipticus vom Schweinsembryo. (Horizontalschnitt.)

1) Ventrale vestibulare Wand.
2) Innerer, mit Bindesubstanz und Nerven erfüllter Gehörgang.
3) Ganglion nervi acustici.
4) Utriculus.
5) Nervus saccularis major.
6) Macula acustica utriculi.
7) Bindesubstanz an der dorsalen Seite des Utriculus und des hinteren frontalen Bogenganges.
8) Crista ampullaris des frontalen Bogenganges.

Figur III. Vestibulum mit den beiden Säckchen vom Schafsembryo. (Horizontalschnitt.)

1) Mediale Wand des Vorhofes, welcher die beiden Säckchen nahe rücken.
2) Innerer Gehörgang mit dem Ganglion nervi acustici.
3) Laterale vordere Wand des Vestibulum mit
4) dem Fusse des Steigbügels.
5) Frontaler hinterer Bogengang.

Digitized by Google

6) Bindesubstanz an der nervenfreien Stelle der Säckchen.
7) und 8) Gallertgewebe in der künftigen Cisterna perilymphatica vestibuli.
9) Utriculus.
10) Sacculus rotundus.
11) Macula acustica sacculi.
12) Macula acustica utriculi.

Figur IV. Vestibulum und Säckchen von einem Katzenembryo. (Horizontalschnitt.)

1) Mediale hintere Wand des Vorhofes.
2) Ventrale laterale Wand des Vorhofes.
3) Fussplatte des Steigbügels.
4) Innerer Gehörgang.
5) Nervus acusticus.
6) Ganglion nervi acustici.
7) Utriculus.
8) Crista der Ampulle des hinteren frontalen Bogenganges.
9) Sacculus rotundus.
10) Cisterna perilymphatica vestibuli.
11) Macula acustica utriculi.

Figur V. Vestibulum mit den Säckchen vom Fötus des Menschen.

1) Mediale Wand des Vorhofes.
2) Innerer Gehörgang.
3) Vordere laterale Wand des Vorhofes.
4) Fussplatte des Steigbügels.
5) Utriculus.
6) Sacculus rotundus.
7) Crista ampullaris des hinteren Bogenganges an seinem Rande durchschnitten.
8) Gallertsubstanz, welche zum Fixationsband des Säckchen sich entwickelt.
9) Cisterna perilymphatica vestibuli.
10) Bindesubstanz an der Grenze der Steigbügel-Fussplatte, welche sich zum Fixirungsband des Utriculus umbildet.

Ueber den Zusammenhang von chronischen Verstopfungen der Nase u. des Nasenrachenraums mit Unterleibsbrüchen.

Von

Dr. **W. Freudenthal,**

Arzt an der deutschen Poliklinik in New-York.

(Schluss.)

Abkürzungen:

RIH = rechte Inguinal-Hernie.
LIH = linke Inguinal-Hernie.
RFH = rechte Feminal-Hernie.
LFH = linke Feminal-Hernie.
DIH = doppelseitige Inguinal-Hernie.
DFH = doppelseitige Feminal-Hernie.
UH = Umbilical-Hernie.
NH = Nabel-Hernie.
RNC = Retronasal-Catarrh.
NRC = Nasenrachen-Catarrh.
T. = Tage. W. = Wochen. M. = Monate. J. = Jahre.

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
329	65	RIH	¼ J.	Nichts.	Stuhl gut. Hustet.	Rhinitis atrophic.	—
330	51	LIH	½ J.	Nichts.	Vorher Husten.	Nase verstopft. — Aeusserst starker RNC.	—
331	49	DIH	—	Nichts.	—	Rhinophar. chron.	—
332	31	LIH	—	—	—	—	—
333	5	RIH	4 J.	Nichts.	—	Sehr starke Hypertrophie der Tonsillen. Adenoide Vegetationen.	—
334	60	RIH	1 J.	Nichts.	Stuhl gut. Kein Husten. — Sehr schwerhörig.	Beginnende Phar. atroph., daneben sehr starke hypertroph. Stellen.	Raucht und kaut.
335	12	RIH	angeb.(?)	—	Hat immerwährend Schnupfen.	Adenoide Vegetat.	—
336	17	RIH	3 J.	Vater hat Bruch.	Häufig Nasenbluten. Viel Schleim im Munde.	Beiderseits starke Verstopfg. Phar. atroph. RNC.	—
337	23	DIH	r. 23 J. l. 6 J.	Nichts.	—	—	—
338	30	LIH	¼ J.	Mutter hat Bruch.	Kein Husten, keine Stuhlverstopfung. Zunge d. Morgens sehr trocken.	Nase verstopft. — RNC.	—
339	8	LIH	3 J.	Nichts.	Stuhlverstopfung. Enuresis.	—	—
340	30	DIH	l. 7 J. r. 1 W.	—	Viel Schleim.	Nase stark verstopft. RNC.	—
341	61	DIH	40 J.	Mutter hatte Bruch.	Asthma.	Beiderseits polypoide Degeneration der Muscheln.	—
342	6	UH u. RIH	1 J.	Nichts.	Zuweilen Enuresis.	Adenoide Vegetat.	—
343	11	RIH	9 J.	—	Manchmal Enures.	R. aden. Vegetat. L. Hypertrophie des hint. Muschelendes.	—
344	49	RIH	angebor.	Nichts.	Asthma.	Sehr starke Hypertroph. d. Muscheln, besonders rechts. Pharyng. atroph.	—
345	56	LIH	2 J.	Nichts.	Anosmie schon „sehr lange“.	Perforation d Septum zieml. vorne. Rhinit. atroph.	—
346	72	LIH	5 J.	Nichts.	Kein Husten. Stuhl manchmal angehalten.	Sehr starke Verstopfung d. Nase. RNC.	—
347	61	DIH	9 J.	Vater hatte Bruch.	—	Nase stark verstopft.	Im r. Ohr Polypen.
348	24	RIH	1½ J.	Nichts.	Stuhl gut. Kein Husten.	R. starke Hypertrophie. RNC.	—
349	47	DIH	25 J.	Nichts.	Zunge des Morgens sehr trocken. Sonst viel Schleim.	Beiderseits Polypen.	—
350	48	RIH	5 J.	Nichts.	Vorher Husten.	—	—
351	14	RIH	5 J.	—	Oft Catarrh.	—	—
352	15	RIH	1 J.	—	Fühlt Nase immer verstopft.	RNC.	—
353	29	DIH	r. 6 J. l. 2 M.	—	—	—	—
354	34	LIH	1 W.	Nichts.	Stuhl gut. Kein Husten.	—	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
355	18	RIH	13 J.	—	Fühlt die Nase sehr häufig verstopft.	RNC.	—
356	29	RIH	2½ J.	—	—	Rechts sehr starke Verstopfung, links etwas schwächer. RNC.	—
357	3½	DIH	2 J.	Nichts.	Hatte Krämpfe und macht seit 2 Mon. das Bett nicht mehr nass.	Adenoide Vegetat.	—
358	8	DIH	angebor.	Nichts.	Schläft mit offenem Munde.	Adenoide Vegetat.	—
359	45	RFH	4 J.	—	Sie bekam es im Wochenbett.	—	—
360	34	DIH	5 J.	Nichts.	Stuhl gut. Kein Husten. Mund d. Morgens trocken.	Nase stark verstopft. Pharyng. granul. RNC.	—
361	42	UH u. LIH	15 J.	1 Onkel hat Bruch.	Trat ein nach der Geburt von Zwillingen. Fühlt die Nase verstopft seit ihrer Jugend. Mund trocken d. Morgens.	Nase beiderseits stark verstopft. RNC.	—
362	48	RIH	½ J.	—	Stuhl gut. Hustete vorher.	Rechts mittelstark verstopft. Starker RNC. und Phar. granul.	—
363	36	DIH	5 J.	Nichts.	Hustet zuweilen.	Schwache Verstopf.	—
364	43	DIH	¼ J.	Nichts.	Hat Krämpfe im Leibe, sowie er sich nur im Geringsten erkältet.	Deviatio septi nach beiden Seiten hin und daher starke Verstopf. beiderseits.	—
365	22	RIH	14 J.	Vater hatte Hernie.	Stuhl gut. Kein Husten. Kann oft keine Luft durch die Nase bekommen u. hat jedes Jahr Entzündung im Hals	Rechts starke Verstopfung. Links geringer. RNC.	—
366	27	RIH	2 J.	—	Hustete lange bevor der Bruch kam und fühlt immer etwas im Halse stecken.	Rhinitis atrophic. RNC.	—
367	66	LIH	12 J.	—	Kein Husten. Stuhl gut.	Beiderseits Polypen, mehr rechts.	—
368	47	LIH	¼ J.	Vater hatte Hernie.	—	—	—
369	57	DIH	1 M.	—	Hustet.	Pharyng. lateralis. RNC.	—
370	14	RIH	1 J.	—	Oft Catarrh in der Nase.	Adenoide Vegetat.	—
371	22	DIH	r. 2 J. l. 1 M.	Vater hat Hernie.	„Hatte vor 2 Jahren schreckliche Krämpfe i. Leibe, worauf d. Bruch eintrat.“ Hatte immer mit dem Hals zu thun.	Rechts sehr starke Verstopf. Starker RNC. Phar. gran.	—
372	2	RIH	1¾ J.	—	Dicke Oberlippe, breite Nase. Enuresis.	Aden. Vegetationen.	—
373	16	RIH	2 J.	Nichts.	Kein Husten. Stuhl gut. Fühlt übelriechend. Schleim im Munde.	Adenoide Vegetat., besonders rechts.	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
374	8	UH	6 J.	Nichts.	Enuresis.	Adenoide Vegetationen.	—
375	34	RIH	5 J.	Vater hatte Hernie.	Haemorrhoiden.	—	—
376	17	LIH	3 J.	Nichts.	Kein Husten.	Beiderseits starke Verstopfg. RNC.	—
377	55	LIH	3 W.	—	—	—	—
378	65	DIH	3 J.	Nichts.	Kein Husten. Stuhl gut.	—	—
379	32	RIH	1 M.	—	Hasenscharte.	Nase ganz verstopft.	—
380	65	RIH	2 J.	—	Husten.	—	—
381	18	DIH	5 M.	—	Nase immer verstopft, so lange er denken kann.	Beiderseits vollständig verlegt durch d. Muscheln. RNC.	—
382	32	UH	4 J.	—	Hat immer sehr schwer geboren.	Rhinit. atrophicans mit vielen fest eingetrockneten Borken.	Lues?
383	10	RIH	3 J.	—	Muss sehr oft Wasser lassen.	Adenoide Vegetat.	—
384	47	LIH	4 M.	—	Kopfschmerz und trockene Zunge, weshalb sie oft aus dem Schlafe erwacht.	Linke Seite vollständig verlegt, rechte sehr stark. RNC.	—
385	11	RIH	10¾ J.	—	Hat Schmerzen b. Uriniren.	—	—
386	17	RIH	7 J.	—	Trachom beider Augen.	Beide Seiten sehr stark verstopft. RNC.	—
387	27	RIH	3 J.	Nichts.	Beständig Schnupf. und es steckt ihm immer etwas im Halse, so dass er manchmal gar nicht sprechen kann.	Links Polypen. Rechts geringe Verstopfung, aber massenhafte Schleimansammlung, ebenso im Retropharyng.	—
388	45	LIH	18 J.	Vater hatte Bruch.	Schmerzen im Kopf u. in der Lebergegend (Potator).	Beiderseits sehr starke Verstopfg. RNC.	—
389	14	RIH	2 J.	—	—	—	—
390	50	RFH	25 J.	?	—	—	—
391	22	RFH	¾ J.	»Bruch ist in der Familie.«	Leidet an „schrecklichen Kopfschmerzen". Viel Schleim i. Munde.	Mittelstarke Verstopfung. RNC.	Mädchen.
392	55	LIH	12 J.	—	Wurde vor 10 J. deswegen operirt, hatte bald nachher starkes Erbrechen, worauf der Bruch wiederkam. 11 Kinder.	—	—
393	46	RIH	5 J.	—	Vorh. etwas Husten.	Beide Seiten sehr stark verstopft. RNC.	—
394	30	RIH	—	—	—	—	Negerin.
295	56	LIH	16 J	Geschwister haben Hernie.	Sie wurde erst vor 3 Mon. deswegen operirt. — Viel Husten, immer schlechten Stuhl. Viel Kopfschmerz, oft Schnupfen.	Rhinitis atrophic. RNC.	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
396	42	LIH	15 J.	Nichts.	Sehr verschleimt, Nase beständig verstopft. Alle ihre Kinder haben beständig mit d. Hals zu thun. — Stahl gut; kein Husten.	Massenhafte Schleimansammlung im Pharynx. Nase mittelstark verstopft.	Hatte bereits 11 Kinder.
397	6	RIH	½ J	Nichts.	Hatte vorh. Husten. Jetzt viel Schleim im Hals ohne zu husten. Schnarcht. — Seine jüngere Schwester hat grosse Mandeln und wacht einige Mal in der Nacht auf wegen des Schleims.	Adenoide Vegetat.	—
398	20	DIH	1 M.	Nichts.	—	—	—
399	36	LIH	2 J.	Nichts.	Stuhl gut; kein Husten. Sehr oft Schnupfen. — Trockene Zunge.	Links stark verst., RNC.	—
400	16	RIH u. varicocele	angeb.	Bruder hat Hernie.	Der Junge ist grösser als ich (173 cm) und dabei breit gebaut, wird aber ohnmächtig während der Untersuchung d. Nase!	Mittelstarke Verstopfung beiderseits. RNC.	—
401	50	DFH	25 J.	—	—	Nase fast vollständig verstopft, l. durch Polypen, von denen schon einige in einer Poliklinik entfernt wurden, r. durch starke Deviatio septi.	—
402	5	RIH	angeb.	Nichts.	—	—	—
403	5	RIH	1 J.	Bruder hat Hernie.	—	—	—
404	59	RIH	1½ J.	Nichts.	Hatte 11 Kinder, das letzte vor 19 Jahren. Fühlt Trockenheit im Munde.	Rhinophar. atroph.	—
405	48	LIH	½ J.	Vater hatte Hernie.	Kann das Wasser nicht halten und bindet sich deshalb ein Tuch um d. Penis. Schrecklicher Schnupfen. Nase läuft beständig.	Links starke Verstopfung. Starker RNC.	—
406	33	RIH	1 M.	?	Fühlt schon seit 4 Jahren etwas im Halse. Fortwährend Schnupfen.	Beiderseits starke Verstopfg. Phar. atroph.	—
407	38	RIH	¼ J.	?	Stuhl gut; kein Husten. Furchtbarer Schnupfen, als d. Bruch kam.	Rechts sehr starke Verstopfg. Links mittelstarke. Pharyng. gran. RNC.	—
408	36	RIH	2 M.	Nichts.	—	—	—
409	29	RIH	26 J.	Nichts.	Sehr nervös; wacht im Schlafe öfters auf. Viel Schleim.	Starker RNC.	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
410	42	UH	—	—	Hatte ein Kind.	—	Negerin.
411	54	RFH	3 J.	Nichts.	—	—	—
412	30	RIH	1 M.	Nichts.	Stuhl schlecht. — Acquirirte vor einigen Jahr. Lues. Hustet oft Borken aus dem Munde, die blutig gefärbt sind.	Auf dem rechten vord. Gaumenbog. weisse Plaques. Tons. zerklüftet, ebenso Uvula und die benachbarten Theile. L. Nasenseite durch Polypen stark verstopft. — Sonst starker NRC.	Wurde bereits von e. bekannten Münchener Laryngologen daraufhin behandelt.
413	14	DIH	11 J.	Nichts.	Wurde bereits deswegen operirt!	Adenoide Vegetat.	—
414	23	RIH	¼ J.	Nichts.	—	R. stark verstopft. L. weniger. RNC.	—
415	35	LIH	2 J.	?	Fiel vor 4 Jahren von einer Leiter auf die Nase; er wurde v. keinem Arzt behandelt. Die Nasenspitze steht jetzt ganz n. rechts hinüber. Es klappert, wenn er auf diese Seite schlägt.	Die linke Seite ist vollständig durch das scharf abgeknickte Septum verlegt.	Der Mann stellte sich nicht zur Behandlg.
416	56	LIH	13 J.	?	Nase immer verstopft.	Beginnende Rhinophar. atroph.	—
417	19	RIH	1 J.	?	Nase immer verstopft.	Rechts Polypen. Starker RNC und Phar. granulosa.	—
418	52	LIH	9 J.	Nichts.	Schwerhörig, kann keine Luft durch die Nase bekommen.	Rhinophar. chron.	—
419	56	UH	¼ J.	—	Sie hatte keine Kinder.	Rhin. atroph. Starker RNC.	—
420	23	DIH	3 J.	Nichts	—	—	—
421	2	LIH	1 J.	—	—	—	—
422	6	RIH	2 J.	Nichts.	—	—	—
423	2½	RIH	1 W.	?	—	—	—
424	70	DIH	4 J.	Nichts.	Stuhl zuweilen schlecht.	Rechts etwas verstopft. RNC.	—
425	36	UH	—	—	Bekam es nach dem 3. Kinde.	—	—
426	52	UH	4 J.	—	„Hatte eine Geschwulst im Abdomen, die nicht operirt wurde.“ Keine Kinder.	—	—
427	55	RIH	6 J.	Nichts.	Kein Husten oder Stuhl-Verstopfg. Viel Schleim im Munde. Trockene Zunge.	Beiderseits mittelstarke Verstopfg. RNC.	—
428	48	LIH	1½ J.	Nichts.	—	L. verstopft. RNC.	—
429	59	LIH	1 J.	Nichts.	Kein Husten, Stuhl gut.	—	—
430	40	UH	2 J.	Nichts.	Hatte 5 Kinder und ist sehr fett.	—	—
431	45	DIH	20 J.	Nichts.	Narbe im harten Gaumen.	Starker NRC.	—
432	53	RIH	5 J.	Nichts.	Empfindet es sehr unangenehm, dass d. Nase verst. ist.	Beide Seiten sehr stark verst. Starke Phar. und RNC.	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
433	29	RIH	angeb.	?	—	Ozaena. Pharyng. sicca.	—
434	32	RIH	5 J.	Vater hatte Hernie.	—	Rechts fast ganz verlegt, l. auch stark. RNC.	—
435	17	RIH	2½ J.	Nichts.	Nase häufig verstopft. Zunge des Morgens trocken.	Beiderseits stark verlegt. Pharyng. gran.	—
436	18	DIH	½ J.	Nichts.	Kein Husten, Stuhl gut.	Links starke Verstopfung. RNC.	—
437	26	RIH	6 J.	Nichts.	Nase meist verst., Zunge trocken.	Mittelstarke Verstopfung. RNC.	—
438	21	LIH	2 J.	Nichts.	Viel Schleim, Zunge trocken.	Rechts stark verl. Links etwas. RNC.	—
439	40	RIH	4 J.	Nichts	Oft Schnupfen.	Auf der l. Seite des harten Gaumens im hinteren Drittel befindet sich ein pseudo-fluctuirender, etwa haselnussgrosser Tumor, der schon 4 Mal incidirt wurde. „Es kam immer nur Blut heraus.“ Nase l. stark verstopft.	—
440	7	LIH	2 W.	Nichts.	Hat Zuckungen am ganzen Körper; zwinkert sehr stark mit den Augen. Schnarcht.	Hintere Muschelenden stark hypertrophirt, Starker RNC.	—
441	14	DIH	6 J.	Vater hatte Bruch.	—	—	—
442	17	RIH	angeb.	—	—	Deviatio septi nach rechts u. Hypertroph. d. Muscheln auf dieser Seite.	—
443	43	DIH	8 J.	?	Bekam den Bruch n. einer Bronchit.	—	—
444	12	RIH	8 J.	—	Schrie sehr viel u. darnach trat der Bruch auf.	—	—
445	51	LIH	5 J.	—	Fractura maxillare inferior verheilt. Starker Callus.	—	—
446	16	RIH	8 J.	Nichts.	Kein Husten. Stuhl gut.	Beiderseits starke Verstopfung.	—
447	43	DIH	14 J.	Nichts.	Kein Husten, Stuhl gut.	Beiderseits stark verstopft. Starke Phar. gran. RNC.	—
448	44	DIH	15 J.	Grossvater hatte Hernie.	Schläft mit offenem Munde.	Beiderseits starke Verstopfg. RNC.	—
449	10	DIH	3 W.	Nichts.	Schläft sehr unruhig u. sehr laut.	Adenoide Vegetat.	—
450	49	RIH	4 W.	Nichts.	—	L. etwas verstopft. RNC.	Kaut.
451	56	LIH	6 J.	Nichts.	—	Links stark verstopft. RNC.	—
452	61	DIH	26 J.	—	Leidet seit 8 Jahren an Asthma.	Rhinitis atrophic. RNC.	—
453	17	LIH	angeb.	—	Zuweil. Erbrechen und Husten.	Geringe Verstopfg.	Cretin.
454	48	UH	10 J.	Nichts.	Hatte 9 Kinder.	—	—
455	57	DIH	12 J.	Nichts.	—	Rechts starke Verstopfung (Deviat. septi). Starker RNC.	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
456	57	DIH	8 J.	Nichts.	Schwerhörig.	Otit. med. chron. dextr. Nase etwas verstopft. Starker RNC.	—
457	4	DIH	1 J.	Mutter hat Hernie.	Muss Nachts oft aufstehen, um das Wasser zu lassen.	Adenoide Vegetat.	Hatte auch NH, d. aber verheilt ist.
458	28	UH	—	—	Der Bruch befindet sich da, wo die Incision zur Ovariotomie vor 2 J. gemacht wurde.	—	Sie war vor 14 resp. 6 Mon. je ein Mal menstruirt.
459	26	DIH	—	Nichts.	—	—	—
460	65	DIH	9 J.	—	Zunge trocken und schlechter Geschmack i. Munde.	Rhin. atroph. und starker RNC.	—
461	47	LIH	24 J.	Nichts.	Oft heiser.	Nase verstopft. — Pharyngo-laryng. chron.	—
462	38	LIH	4 J.	Nichts.	Stuhl ist unregelmässig.	—	—
463	26	RIH	4 J.	Nichts.	Kein Husten, Stuhl gut.	Nase rechts fast ganz verlegt. L. etwas.	—
464	33	RIH	1 Mon.	—	Acquirirte i. seinem 13. Lebensjahre Lues.	Weissliche Plaques an den Gaumenbögen beiderseits und Nase stark verlegt.	—
465	21	RIH	3 J.	Nichts.	Fühlt gar nichts, doch ist die Nase beiderseits fast ganz undurchgängig.	RNC.	—
466	20	DIH	6 J.	Nichts.	Sehr oft Schnupfen u. Kopfschmerzen. Trachom beider Augen.	Nase stark verstopft. RNC.	—
467	54	RIH	¼ J.	Nichts.	Hustet viel, schwerhörig.	RNC.	—
468	29	RIH	3 J.	Nichts.	—	—	—
469	18	UH	1 Mon.	—	—	Beiderseits mittelstarke Verstopfg. Pharyng. atroph.	—
470	40	RIH	23 J.	—	—	—	Neger.
471	1½	RIH	angeb.	Nichts.	—	—	—
472	70	RIH	20-30 J.	—	Es war schon besser, kam jedoch wieder, als er vor einem Jahre die Nase einmal stark blies!	Nase rechts fast ganz verstopft, l. wenig. RNC.	—
473	28	LIH	1 W.	Nichts.	Hustete sehr stark und fühlte, wie der Bruch dabei herauskam.	—	—
474	3½	LIH	1½ J.	—	—	—	—
475	14	RIH	angeb.	—	Hatte Keuchhust.	—	—
476	12	DIH	7 J.	—	—	—	—
477	31	RFH	2 J.	—	Viel Schleim im Halse.	R. Seite äusserst stark verstopft. l. etwas. Weisse Plaques auf dem rechten vorderen Gaumenbogen. — RNC.	—
478	10	RIH	angeb.	Nichts.	—	—	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
479	49	RIH	wohl angebor	—	Schnupfen, Kopfschmerz.	Beiderseits sehr starke Verstopfg. Sehr starke Pharyng. granul. und RNC.	—
480	65	RIH	30 J.	—	—	Ozaena. Pharyng. granulosa.	—
481	8	DIH	2 W.	—	Schläft sehr unruhig. Conjunctivitis beiderseits.	Adenoide Vegetat.	—
482	7	LIH	angebor.	Nichts.	Schläft unruhig u. ist beständig erkältet. Otit. media chron. dextr. et sin. — Enuresis nocturna.	Aden. Vegetat.	—
483	2	RIH	angebor.	Urgrossvater hatte Bruch.	—	—	—
484	66	LFH	2 J.	?	Fortwährend Kopfschmerz und Schwindel.	Rhinophar. atroph.	—
485	56	DIH	l. 20 J. r. 6 J.	Vater hatte Bruch.	Viel Schleim. Hatte früher mehr Beschwerden vom Halse.	L. sehr starke Verstopfung, rechts mittelstark. RNC.	—
486	55	DIH	angebor.	—	—	—	—
487	45	LIH	2 J.	Nichts.	Viel Schleim.	Rhinitis atrophic. Phar. granul.	—
488	50	LIH	3 J.	Nichts.	—	—	—
489	5	RIH	1½ J.	1 Onkel hat Bruch.	Enuresis.	—	—
490	63	RIH	20 J.	Nichts.	—	—	—
491	52	DFH	4 J.	Nichts.	—	—	—
492	11	RIH	7 J.	Nichts.	—	—	—
493	50	LIH	2 M.	—	Ist taub und hatte immer mit dem Hals zu thun.	Rhinophar. atroph.	—
494	49	RIH	3 J.	Nichts.	Ist seit 20 Jahren heiser. — Hatte „Erysipelas und Neuralg. i. Kopf.“ Viel Schleim.	Rhin. atroph. und RNC.	—
495	5	DIH	1 J.	—	Schläft unruhig.	—	—
496	7	RIH	1 J.	Nichts.	—	—	—
497	42	RIH	2 M.	—	Nase sehr oft verstopft. Als er die Nase blies, spürte er einen „Knacks“, wobei der Bruch herauskam.	Beiderseits starke Verstopfg., mehr rechts. RNC.	—
498	67	DIH	l. 35 J. r. 2 M.	—	Oft schlimmen Hals.	Beiderseits starke Verstopfg. RNC.	—
499	7	DIH	—	—	—	—	—
500	8	RIH	2 J.	—	—	Adenoide Vegetat.	—

Zum Schluss bleibt mir nur noch die angenehme Pflicht, Herrn Dr. James Knight, ärztlichem Director am Hospital for the Ruptured und Crippled in New-York, meinen verbindlichsten Dank für Ueberlassung des Materials abzustatten, ebenso wie seinen früheren Assistenten, den Herren DDr. Lane, Wards Island, Mc. Reynolds, 235 E. 36 Str.,

Digitized by Google

New-York, und Frank Trester Smith, jetzt in Chattanooga (Tenn.) für ihre besondere Liebenswürdigkeit, mit der sie mir jede mögliche Erleichterung zu verschaffen suchten.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Drei seltene Abnormitäten des Gehörorgans, in Folge deren Taubheit eingetreten ist. Von Teichmann, Prof. der Anatomie in Krakau. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XVIII, Heft 1.)

Die Beobachtungen, welche an macerirten Schädeln angestellt wurden, betreffen: 1) eine Grössenzunahme von Hammer und Amboss um das Doppelte; da die übrigen Trommelhöhlenverhältnisse die gewöhnlichen waren, so musste eine Einkeilung der beiden Gehörknöchelchen erfolgen, so dass der Hammergriff nach vorne und der lange Fortsatz des Ambosses nach hinten gerichtet war; der Steigbügel war in der Fenestra oval. festgelöthet und zerfiel beim Lösungsversuch in kleinste Stücke; während des Lebens hatte totale Taubheit bestanden; 2) einen überzähligen Fortsatz am Proc. brevis des Ambosses, 2 Mm. lang, wahrscheinlich einen Osteophyten darstellend; alles Andere normal; 3) einen interessanten Befund an der linken Schädelhälfte eines erwachsenen Individuums, nämlich: Fehlen des Porus acust. int., an dessen Stelle nur eine Vertiefung bemerkbar ist; am linken Keilbein ist der Proc. pterygoideus einwärts gekrümmt mit Verengerung der linken Choane, starke Einwärtsbiegung des oberen Theiles des linken Unterkiefers, so dass der Gelenkfortsatz 3 Mm. kürzer, als der der anderen Seite ist; linke Trommelhöhle im frontalen Durchmesser verkürzt; an Stelle des Trommelfellfalzes eine leichte ringartige Erhöhung, woraus der Autor auf einen Defect der Membran intra vitam schliesst; an Stelle der Gehörknöchelchen nur einige nicht differenzirbare Reste.

Der Autor vermuthet mit Rücksicht auf die Infractionen der Knochen ohne Bruch derselben als Entstehungsursache ein Trauma im frühesten Kindesalter, vielleicht den Druck Seitens der falsch angelegten Geburtszange. „Der starke Druck auf den Unterkiefer verursachte die Einbiegung nach innen sowohl des Kiefers wie des Proc. pteryg.; durch das Ziehen der Zange konnte der Gelenkfortsatz des Unterkiefers auf die Trommelhöhle stark drücken, diese dislociren und die Vernichtung des Trommelfells, der Gehörknöchelchen, Verwachsungen der Trommelhöhle, endlich Schliessung des Por. acust. osseus verursachen." Keller.

Uebef Ohrerkrankungen bei Railway-Spine. Von Dr. B. Baginsky. (Berl. klinische Wochenschrift No. 3, 1888.)

B. hat auf Grund von Beobachtungen, deren Werth er für einen der Fälle jedoch selbst nicht sehr hoch anschlägt, versucht, der Frage näher zu treten, ob bei Railway-Spine ausser den bekannten cerebralen und spinalen Störungen nicht auch das Gehörorgan gleich den übrigen Sinnesorganen (speciell das Auge) in den Bereich der Erkrankung mit hineingezogen wird. Es stellten sich bei den beobachteten, sämmtlich dem Eisenbahn-Fahrpersonal angehörigen Patienten kürzere oder längere Zeit nach einem Eisenbahnunfalle Störungen im Gehörorgan, ein- oder doppel-

Digitized by Google

seitig, ein, welche in weiteren Grenzen eine gewisse Gleichartigkeit erkennen liessen: in allen Fällen bestand vermindertes Gehörvermögen, in einzelnen noch Sausen und andere subjective Geräusche, sowie von dem einen zum anderen Ohre ziehende Schmerzen; in allen Fällen soll vorher normales Gehör bestanden haben; eine Heilung konnte, soweit die Beobachtung reichte, in keinem Falle erzielt werden. Nachdem B. auf Grund einer eingehenden Kritik Simulation und Hysterie bei den beobachteten Individuen ausgeschlossen hat, entscheidet er sich für eine mit dem Unfalle in causalen Zusammenhang zu bringende Affection des Gehörnerven, wofür die in allen Fällen herabgesetzte, beziehungsweise aufgehobene craniotympanale Leitung im Verein mit dem Hörprüfungsbefunde und dem positiven Ausfall des Rinne'schen Versuchs spreche. Ob eine centrale Nerventaubheit vorliege oder periphere Läsionen im Labyrinth, oder in dem einen oder anderen Falle eine Combination beider Zustände, lasse sich bei dem heutigen Standpunkte unserer diagnostischen Hilfsmittel schwer entscheiden. Zum Schlusse macht B. die gewiss zutreffende Bemerkung, dass durch die bekanntlich bei dem Eisenbahn-Fahrpersonal häufig constatirten Affectionen der Gehörorgane (meist des Schallleitungsapparates) eine gewisse Prädisposition zu Gehörleiden gegeben sei, und citirt mit Hinweis hierauf einen Passus bei Politzer, „dass gerade in solchen Fällen, in denen ein mit Hörstörungen verbundenes Ohrenleiden bestand, schon geringfügige Erschütterungen des Schädels hinreichen, um eine bedeutende Verschlimmerung herbeizuführen". Keller.

c) Rhinologische:

Behinderte Nasenathmung und eitrige Mittelohrentzündung. Von A. Barth. (Berl. klin. Wochenschrift No. 2, 1888.)

B. hält es für sicher, dass durch Stenose der Nase Mittelohrentzündung und Mittelohreiterung herbeigeführt werden kann, ebenso wie auch umgekehrt eitrige Mittelohrentzündungen durch Behebung bestehender Nasenstenose auf das Günstigste beeinflusst werden; er betont daher die Nothwendigkeit, bei Ohrpatienten die Nase auf ihre Durchgängigkeit hin zu untersuchen, wie auch in allen Fällen mangelhaften Luftdurchtritts durch die Nasenhöhlen den Zustand der Ohren zu prüfen, auch ohne subjective Beschwerden des Patienten, da, wie bekannt, oft geringe Grade von Schwerhörigkeit leicht unbeachtet bleiben. Keller.

Der pathologische Nasalreflex. Eine historische Studie. (Le reflexe nasal pathologique. Etude historique.) Von Dr. John Noland Makenzie. (9 Congrès de l'association de laryngologie américaine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1887.)

Verf. sucht an der Hand der Geschichte nachzuweisen, dass der in jüngster Zeit von Voltolini und seinen Schülern bewiesene Connex zwischen Nasenleiden und anderweitigen Erscheinungen im menschlichen Körper schon von Alters her bekannt war. Verf. zieht seine beweisliefernden Beispiele aus der ältesten Geschichte der Medicin, sowie aus den neueren Autoren, namentlich scheinen ihm die Beweise und angeführten Beispiele von Jean Jacob Wepfer massgebend zu sein; er giebt die interessantesten, von diesem Autor angeführten Beispiele wieder.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Stellbare Nasensäge. (Reversible nasal saw.) Von G. Hunter Mackenzie, Edinburg. (Lancet, 24. December 1887.)

Abbildung einer Säge für die Nase, welche sich in verschiedenem Winkel zum Griff festschrauben lässt; die Sägezähne gehen nicht bis zum hinteren Ende, um den Naseneingang nicht zu verletzen. Fabrikant: Mr. Young, Forrest-road Edinburgh. Dr. M. Schm.

Ueber operative Indicationen gewisser recidivirender Tumoren der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes. (Des indications opératoires dans certaines tumeurs récidivantes de la cavité et de l'arrière cavité des fosses nasales.) Von Dr. F. Verchère. (Archives de laryngologie, de rhinologie et des premières voies respiratoires et digestives von Dr. Albert Ruault.)

Verf. bespricht die Gefahren, welche bei Operationen der Nasenrachenpolypen durch die parenchymatösen Blutungen kommen, und räth bei letzteren Tumoren die Durchtrennung des Gaumensegels und des harten Gaumens und dann die progressive Zerstörung des Tumors mittelst des Thermocauters. Er giebt hierbei eine genaue Krankengeschichte eines von Verneuil in der Pitié operirten Falles mit Ausgang in Heilung. Bei Sarcomen des Nasenganges und des Sinus supramaxillaris soll man die Totalexstirpation mittelst Trennung der Nase vom Knochen machen, dann wieder per primam, wegen der sonst eintretenden grossen Entstellung, zuheilen lassen und dann die Recidive streng überwachen; im Nothfall, wie dies in einem Fall geschehen, dieselbe Operation wiederholen. Verf. giebt ein eclatantes, von Verneuil und ihm behandeltes Beispiel. Dr. P. K.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Ueber die Venen des Pharynx. (Recherches sur les veines du pharynx.) Von Dr. Bimar und Dr. Lapeyre. (Académie des sciences de Paris, séance du 31 Octobre 1887.)

Die Beschreibung der Venen des Pharynx, wie die Autoren selbe geben, ist im Ganzen richtig: „An den hinteren seitlichen Theilen des Pharynx besteht ein weitmaschiges Venennetz, welches als Hauptausführungsgänge die in die Venae jugulares internae mündenden Venae pharyngeae hat und andererseits mit den Venae pterygo-palatinae, vidianae und meningeae post. in Verbindung steht; dieses Netz ist zusammengesetzt aus unzähligen kleinen Venen, welche aus den Muskeln, und namentlich aus der Schleimhautauskleidung des Pharynx (unter welcher sie das submucöse Netz bilden) kommen.“ Dieses letztgenannte submucöse Netz ist aber, gemäss den obengenannten zwei Forschern, nicht vollständig beschrieben worden bis jetzt; Cruveilhier allein hat darauf aufmerksam gemacht; es besteht bei allen Leichen; es befindet sich im unteren Theile, dem sogenannten laryngealen Abschnitte des Pharynx, nach hinten; es liegt zwischen Mucosa und Constrictor inferior, der untere Winkel des Constrictor medius bedeckt es zum Theil; seine Gestalt ist die einer ovalen, mit breiterer oberer Hälfte versehenen Scheibe; umgekehrt wie bei anderen Venen, ist dieses Netz am wenigsten bei Greisen, am meisten bei kleinen Kindern ausgedehnt; die zahlreichen Venen sind

Digitized by Google

aneinandergedrückt und anastomosiren häufig; das Netz steht in Verbindung mit dem oberflächlichem Venenplexus des Pharynx, sowie mit dem submucösen Venennetz des Oesophagus. Dr. P. K.

Studie über Ausübung und Störung der Sprache. (Etude sur l'exercice et les troubles de la parole.) Von Dr. Ferrand, Arzt am Hôpital Laennec. (Académie de médecine de Paris, séance du 11. Oct. 1887.)

Verf., auf die Arbeiten von Bouillaud, Broca und Charcot sich stützend, hat mit grosser Genauigkeit den Sitz der drei Nervencentren nachgewiesen, welche Centren den drei Sprecharten, nämlich der Wort-, der Schrift- und der Geberdensprache entsprechen. Um den complicirten Mechanismus, mittelst welchem jedes dieser Centren für sich und mit den anderen vereint functionirt, zu controliren, hat Verf. ein Schema construirt. Die verschiedenen Formen der Aphasie lassen sich aus dem Sitze dieser drei Centren leicht erklären. Dr. P. K.

Arterielle Angiome der Zunge und des Zahns. (Arterial Angiomata of tongue and tooth.) Von Mr. F. Treves. (Lancet, 7. Jan. 1888.)

Verf. zeigte 3 Präparate von solchen Geschwülsten in der pathologischen Gesellschaft von London. Der erste Fall betraf einen Nasenbluter, bei welchem mit dem Auftreten der Blutungen aus 2 Angiomen hinten auf der Zunge das Nasenbluten aufhörte, nach Beseitigung der ersteren durch Chromsäure aber wieder auftrat. Das zweite sass am Rande der Zunge, das dritte am Alveolarrande des Oberkiefers.

Dr. M. Schm.

Halbseitige Zungenlähmung corticalen Ursprungs. (Sur un cas de glossohémiplégie d'origine corticale.) Von Dr. Bernheim. (Association française pour l'avancement des sciences. Session de Toulouse 1887.)

Ein 19jähr., mit allgemeinem Melanomcarcinom behaftetes Mädchen bekam halbseitige Zungenlähmung, welche sich nur durch Zungendeviation nach rechts und Behinderung der Zungenbewegungen kennbar machte. Bei der Section fand man rechts am unteren Abschnitt der aufsteigenden Stirnwindung eine kleine Vertiefung, welche mit einer erweichten Neubildung ausgefüllt war. Es unterliegt also keinem Zweifel, dass das Corticalcentrum des Nervus hypoglossus an dem untersten Abschnitt der aufsteigenden Stirnwindung, und zwar der vorderen Oberfläche derselben nahe der Furche, welche sie von der dritten Stirnwindung trennt, liegt. Das Factum stimmt übrigens mit den Beobachtungen von Ferrier, Charcot und Pitres überein. Dr. P. K.

Zur Lehre der Krankheiten der Uvula. (Contribution à l'étude des maladies de la luette.) Von Dr. Wendell Philipp. (The Med. Record, März 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 10, 1887.)

Die Uvula ist selten primär erkrankt. Verf. beschreibt ein Angiom der Uvula; die Amputation musste gemacht werden; das Microscop zeigte ein Angioma cavernosum. Heilung. Dr. P. K.

Pharyngocele und Erweiterung des Pharynx durch die Pharyngotomie geheilt. (Pharyngocèle et dilatation du pharynx guérie par la pharyngotomie.) Von Dr. W. J. Weeler. (The Doublin Journ.

Digitized by Google

of the med. sciences, November 1886 und Revue mensuelle de laryngologie No. 10, 1887.)

Phys. Symptome einer Pharyngocele; Lähmung des rechten wahren Stimmbandes. Die Pharyngotomie wurde ausgeführt; nach der Excision eines Stückes des Sackes konnte man genau die Functionen des Larynx sehen. Die Heilung ging rasch von Statten. Dr. P. K.

Ueber Pharyngomycosis leptothricia. (De la Pharyngomycosis leptothricea.) Von Dr. O. Chiari. (Revue mensuelle de laryngologie No. 10, 1887.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von Ph. leptothr., welche von den durch Hering und Toeplitz beschriebenen dadurch abweichen, dass die Massen leicht ausdrückbar waren. Die zwei Beispiele müssen aber zur Classe der M. lept. gerechnet werden, weil die Producte aus Schwämmen bestanden, weil letztere sich immer in derselben Reihenfolge reproducirten und endlich weil in der Umgebung fast keine entzündliche Reaction bestand.

Lange dauernde Krankheit, leichte Recidive, schwierige Heilung sind die Hauptmerkmale der Krankheit. Dr. P. K.

Ueber hysterogene, auf der Schleimhaut der obersten Luftwege und der fünf Sinne beobachtete Zonen. (Des Zones hystérogènes observées sur la muqueuse des voies aériennes supérieures et des organes des sens.) Von Dr. Lichtwitz. (Revue mensuelle de laryngologie 1886, No. 12.)

Verf., auf Anregen des Prof. Pitres, stellte Untersuchungen über hysterogene Puncte an den obengenannten Organen an. Auf 6 von ihm beobachtete Fälle gestützt, schliesst Verf., dass man bei Untersuchung der hysterischen Personen Acht geben muss, um nicht durch Berührung dieser Zonen hysterische Anfälle hervorzurufen. Dr. P. K.

Tumor des Oberkiefers. (Tumor of the superior maxilla.) (Lancet, 24. December 1887.)

Mr. Augustus Clay entfernte den Tumor, der sich als Fibrom erwies, durch Einschnitt von aussen. Bericht darüber in der Midland Medical Society. Dr. M. Schm.

Die Regio subglottica des Kehlkopfes. (De la région sous-glottique du larynx.) Von Dr. F. Masse. (Congrès de Toulouse 1887 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1887.)

Verf. begreift unter diesem Namen den Larynxtheil, welcher nach oben von der unteren Fläche der wahren Stimmbänder, nach unten von dem unteren Rande der Cart. cricoidea begrenzt wird. Das Volumen dieses Abschnittes kann sich in verschiedenen Durchmessern verändern, was von Wichtigkeit für die Resonanz der Stimme ist und zugleich den Luftaustritt durch die Stimmritze modificirt; diese Formveränderung muss also von Wichtigkeit bei der Bildung und der Modulation der Fundamentaltöne der menschlichen Stimme sein; es sind die Stimmbänder, die Schleimhaut unterhalb der Stimmbänder und die Hebelbewegung des Ringknorpels, welche diese Formveränderung bewerkstelligen; zu diesem

Digitized by Google

Zwecke ist die Mucosa subglottica auch durch laxes Bindegewebe an das unterliegende Stratum befestigt. Verf. weist diese Formveränderungen bei offener und geschlossener Glottis durch eine Einspritzung mit der Arcet'schen Mischung nach: bei geschlossener Glottis wird die Regio subglottica kegelförmig, bei offener Glottis ist sie cylindrisch; das untere Viertel dieses Raumes bleibt fast unverändert. Der Abguss der Regio subglottica zeigt auch, dass selbe enger als die Trachea ist; dies ist von Bedeutung für den Chirurgen. Dr. P. K.

Die Behandlung der Larynxphthise. (The treatment of laryngeal phthisis.) Von Dr. Ernst Jacob, Leeds. (Lancet, 7. Jan. 1888.)

Der Vortragende gab in der Leeds and West Riding medico-chirurgical Society ein Resumé über die Behandlung der Larynxphthise. Er hält jeden Catarrh, welcher der Behandlung trotzt, für der Tuberculose verdächtig. (Warum nicht auf Bacillen untersuchen? Ref.) In frühen Stadien wendet er örtlich minerale Adstringentien, z. B. Eisen an; ferner Jodoform, Jodol, Borsäure, bei Dysphagie Morphium oder Cocain; Milchsäure fand er nicht nützlich, Tracheotomie sollte so lange wie möglich aufgeschoben werden. In der daran sich anknüpfenden Discussion empfahl Dr. Barrs das Essen im Liegen bei Dysphagie; Dr. Griffith hat eine grosse Besserung nach Tracheotomie beobachtet; Dr. Bronner glaubt, dass grosse Erleichterung bei Oedem durch Scarificationen erzielt werde, er hat auch gute Erfolge von Milchsäure gesehen; Dr. Chadwick bezweifelt eine Heilung im ulcerativen Stadium. (Wir könnten ihm in Deutschland eine ganz schöne Zahl von Heilungen zeigen. Ref.)

Dr. M. Schm.

Parese der Glottiserweiterer als Symptom der beginnenden Tabes. (Parésie des dilatateurs glottiques ayant permis de diagnostiquer un début de tabes dorsalis.) Von Dr. Luc. (La France medicale, Februar 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 10, 1887.)

Die Parese der Glottiserweiterer hatte sich gezeigt, bevor andere Symptome eine Tabes diagnosticiren liessen. Dr. P. K.

Antifebrin bei Phthisis. (L'antifébrine dans la phthisie.) Von Dr. Cauldnell. (Practitionner und Lyon médical.)

30 Kranke fanden dabei Erleichterung; es wirkt am besten gegen hectisches Fieber, verdirbt den Magen nicht, bringt Ruhe und Schlaf, setzt den Puls herab und vermehrt die Diurese. Dr. P. K.

Larynx-Exstirpation. (Exstirpation du larynx.) Von Dr. Hayes Agnew. (Semaine médicale, Mars 1887, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 7.)

Bei einem 58jährigen Manne wurde wegen Sarcoma die Totalexstirpation gemacht: Schnitt vom Kinn senkrecht bis 3 Ctm. oberhalb des Sternum; alle Gewebe bis auf den Larynx und Trachea durchtrennt; letztere vom Oesophagus getrennt, währenddem die Hautwunde mit den mittelst des Messerstieles abgeschälten Weichtheilen weit auseinandergehalten wird; Hohlsonde zwischen Trachea und Oesophagus; Durchtrennung der Trachea mittelst des Knopfbistouri; die Aether-Anästhesie

Digitized by Google

wurde nun fortgesetzt durch eine in die Trachea eingelegte, der Trendelenburg'schen ähnliche Canüle. Der Larynx wurde nun stumpf von den umgebenden Weichtheilen abpräparirt; 6 Ctm. Länge vom Oesophagus musste mit abgetrennt werden, weil das Sarcom denselben ebenfalls ergriffen hatte; es wurden eine permanente Magensonde und eine Canüle eingelegt und die Wunde ward theilweise zugenäht. Am 4. Tage ging Patient plötzlich zu Grunde, ohne dass man die Todesursache erklären konnte. Section wurde verweigert. Dr. P. K.

Resection eines Theils der Schilddrüse. (Resection of portion of thyroid.) (Lancet, 24. December 1887.)

Mr. Marsh berichtet in der Midland Medical Society über einen Fall, in welchem er wegen Compressionsstenose der Trachea den mittleren Theil einer Struma resecirte. Derselbe hatte die Grösse einer Orange. Bei der Entlassung des Patienten am 19. Tage schien schon eine Atrophie der beiden Seitenlappen eingetreten zu sein. Dr. M. Schm.

Angeborene knorpelige Halsgeschwulst. (Tumeur cartilagineuse congénitale du cou.) Von Dr. Treves. (Société médicale de Londres und Sémaine médicale No. 45.)

Der Tumor lag bei einem 3jährigen Kinde vor dem Sternalende des Sternocleidomastoideus, bestand in einer cylindrischen knorpeligen Masse, lag gerade in der Höhe des 4. Bronchialbogens. An dieser Stelle nämlich findet man oft eine Fissur oder einen Hautlappen, selten aber, wie in diesem Falle, eine knorpelige Geschwulst; von letzterer ging ein fibröser Strang bis zur Wirbelsäule. Dr. P. K.

Inhalt.

I. Originalien: Rüdinger: Zur Anatomie der Entwickelung des inneren Ohres. (Fortsetzung.) — Freudenthal: Ueber den Zusammenhang von chronischen Verstopfungen der Nase und des Nasenrachenraums mit Unterleibsbrüchen. (Schluss.) — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Teichmann: Drei seltene Abnormitäten des Gehörorgans, in Folge deren Taubheit eingetreten ist. — Baginsky: Ueber Ohrerkrankungen bei Railway-Spine. — b) Rhinologische: Barth: Behinderte Nasenathmung und eitrige Mittelohrentzündung. — Makenzie: Der patholog. Nasalreflex. — Mackenzie: Stellbare Nasensäge. — Verchère: Ueber operative Indicationen gewisser recidivirender Tumoren der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes. — c) Pharyngo-laryngologische: Bimar und Lapeyre: Ueber die Venen des Pharynx. — Ferrand: Studie über Ausübung und Störung der Sprache. — Treves: Arterielle Angiome der Zunge und des Zahns. — Bernheim: Halbseitige Zungenlähmung corticalen Ursprungs. — Philipp: Zur Lehre der Krankheiten der Uvula. — Weeler: Pharyngocele und Erweiterung des Pharynx durch die Pharyngotomie geheilt. — Chiari: Ueber Pharyngomycosis leptothricia. — Lichtwitz: Ueber hysterogene, auf der Schleimhaut der obersten Luftwege und der fünf Sinne beobachtete Zonen. — Clay: Tumor des Oberkiefers. — Masse: Die Regio subglottica des Kehlkopfes. — Jacob: Die Behandlung der Larynxphthise. — Luc: Parese der Glottiserweiterer als Symptom der beginnenden Tabes. — Cauldnell: Antifebrin bei Phthisis. — Agnew: Larynx-Exstirpation. — Marsh: Resection eines Theils der Schilddrüse. — Treves: Angeborene knorplige Halsgeschwulst.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Beiliegend 2 colorirte Tafeln.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXII. **Berlin, März 1888.** **No. 3.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Zur Anatomie und Entwickelung des inneren Ohres.

Von

Prof. Dr. **Rüdinger.**

Mit 3 colorirten Doppeltafeln und 1 zinkographischen Abbildung.

(Tafel III beiliegend.)

(Schluss.)

Die Bänder der Säckchen im Vorhofe.

Die Befestigungsmittel der Säckchen im Vorhofe sind bisher nicht so gewürdigt worden, wie sie es aus mehrfachen Gründen verdienen. Wenn man bedenkt, dass die hier in Betracht kommenden Träger der peripherischen Enden der beiden Hörnerven, welche aus zarten häutigen Gebilden bestehen, eine bestimmte topographische Beziehung zu dem Schallleitungsapparat haben und daher ihre Fixationen in der Perilymphe gesichert sein müssen, so wird man die Frage nach der Art der Befestigung des häutigen Labyrinthes hinlänglich begründet finden.

Mit der Entstehung der Perilymphräume im Vorhofe geht, wie dies schon Kölliker in seiner Entwicklungsgeschichte angiebt, die Bildung der bedeutungsvollen Fixirungsmittel der beiden Säckchen Hand

Digitized by Google

in Hand. Dass die Bänder der Säckchen aus dem Gallertgewebe des Vorhofes sich entwickeln, wurde schon in früherer Zeit erkannt, allein das nähere Verhalten derselben konnte erst mit Hilfe der eingeführten Untersuchungsmethoden der neueren Zeit klar gestellt werden.

Schon im Jahre 1871 habe ich in Stricker's Handbuch der Lehre von den Geweben die Befestigungsmittel der Säckchen als Ligamenta sacculorum beschrieben, eine Angabe, die von Steinbrügge in seinen Mittheilungen über die Lage der Säckchen im Vorhofe unbeachtet blieb. Ich wies darauf hin, dass die lateralen Flächen der beiden Säckchen sowohl, als auch die übrigen Wände des Vestibulum und die Vorhofsfläche der Steigbügelfussplatte von einer Bindegewebsmembran begrenzt seien, eine Thatsache, welche mich bestimmte, von einem dritten Säckchen zu sprechen. Diesen Raum im Vorhofe nannte Odenius „Sinus perilymphaticus vestibuli" und G. Retzius gebrauchte, wie oben schon mehrfach erwähnt wurde, die Bezeichnung „Cisterna perilymphatica vestibuli", zwei Namen, welche morphologisch ganz dasselbe sagen, was ich mit der Benennung „Sacculus perilymphaticus vestibuli" ausdrücken wollte.

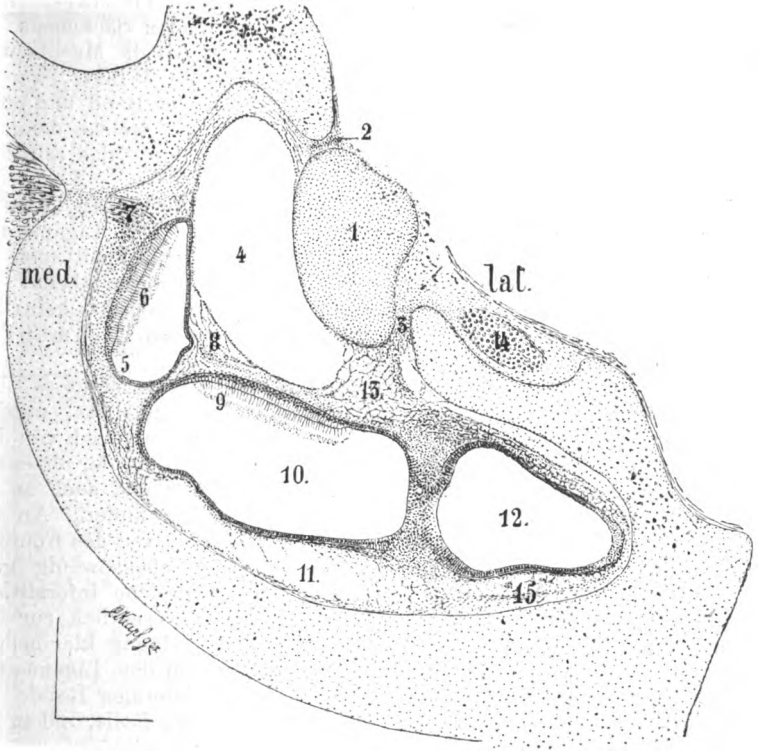
Da jedoch der Name für eine morphologische Anordnung nicht das Wesentlichste ist, so wird es vor Allem darauf ankommen, dass die Bezeichnung des hier in Rede stehenden Gebildes vor Allem der Histogenese und der morphologisch-physiologischen Bedeutung desselben gerecht wird. Um Verwechselungen zu vermeiden, habe ich daher für den perilymphatischen Raum zwischen Steigbügelfussplatte und den Säckchen die sehr gut gewählte Bezeichnung von Retzius acceptirt. Der Gegensatz zu den beiden aus dem Ectoderm hervorgehenden Säckchen im Vorhofe liegt in dem Worte „perilymphatisch" und bezeichnet einen interstitiellen Lymphraum ebenso gut, wie die mit Endothel ausgekleideten Synovialscheiden der Sehnen oder die Spalten der Bursae mucosae als seröse Räume beschrieben werden.

Ich will mich hier nicht auf die viel discutirte Frage über die endotheliale Auskleidung der Perilymphräume im Vestibulum und in den knöchernen Bogengängen des Labyrinthes einlassen, sondern für jetzt nur einige nicht minder bedeutungsvolle Punkte erörtern.

Indem ich an der Hand der nebenstehenden Abbildung eines Horizontalschnittes des Vorhofes mit seinem Inhalte von einem 122 Mm. langen Hundefötus die Bänder der Säckchen beschreibe, will ich wiederholt auf die topographische Stellung der beiden Maculae der Säckchen, von welcher die Anordnung der Bänder abhängig ist, zurückkommen.

Das rechte Vestibulum mit seinen Säckchen ist in der Abbildung so gestellt, dass die beiden Linien links unten die sagittale und frontale Ebene des Kopfes andeuten. Die Steigbügelfussplatte (1) steht mit ihrem dorsalen Rande (3) etwas nach dem Vestibulum vor. Das ventrale Ende (2) befindet sich dagegen in gleicher Ebene mit dem ovalen Fensterrand. Das runde Säckchen (6) kehrt seine Hörhaare nach der Steigbügelfussplatte, der Utriculus (10) richtet die Hörhaare seiner Macula utriculi (9) nach der dorsalen Seite des Kopfes und in gleicher Weise die Crista ampullae posterior des frontalen Bogenganges, welche zwischen den Zahlen 10 und 12 angeschnitten erscheint.

Digitized by Google



1. Fussplatte des Steigbügels. 2. Vordere, 3. hintere Verbindung mit dem ovalen Fenster. 4. Sacculus perilymphaticus vestibuli. 5. Sacculus rotundus. 6. Macula sacculi. 7. Medial gestellter Recessus sacculi. 8. Verbindung der beiden Säckchen. 9. Macula utriculi. 10. Utriculus. 11. Dorsale Wand des Utriculus. 12. Bogengang. 13. Ligamentum utriculi. 14. Nervus facialis. 15. In der Entstehung begriffene Perilymphräume.

Diese topographischen Verhältnisse bedingen auch die Anheftungsart der Bänder, welche die Säckchen zu fixiren bestimmt sind.

Hat die Cisterna perilymphatica vestibuli (4) ihre volle Ausbildung erfahren, so erscheinen an bestimmten Stellen Bänder als Ueberreste des Gallertgewebes ebenso, wie die Bogengänge des Labyrinthes.

Die Befestigung des runden Säckchens wird durch zwei Bänder vermittelt: Das eine — Ligamentum succuli radiatum — geht von der Vorhofswand auf den Rand des etwas plattgedrückten runden Säckchens so über, dass dasselbe den etwas vorspringenden Rand des Recessus sacculi in Folge seiner Befestigung an demselben mitbilden hilft und bis zur nervenfreien Stelle des runden Säckchens hinausreicht. Dass auch die Biudesubstanz im Recessus sacculi, in welcher die Nerven zur Macula des runden Säckchens gelangen, zur Befestigung desselben beitragen hilft, unterliegt keinem Zweifel.

Das zweite Band, welches sowohl das runde Säckchen, als auch

Digitized by Google

den Utriculus fixirt, ist das Ligamentum sacculo-utriculare. Dasselbe vereinigt die laterale nervenfreie Stelle des runden Säckchens mit der verdickten ventralen Aussenseite des Utriculus, wo die Macula utriculi angebracht ist. In dem lateralwärts gerichteten Winkel, wo die beiden Säckchen zusammenstossen (8), verdickt sich das Band und ebnet die mediale Fläche der Cisterna perilymphatica vestibuli, welche demnach nicht nur durch die beiden Säckchen, sondern auch durch das erwähnte Band begrenzt wird.

Das lange Säckchen ist nicht nur an der medialen, sondern auch an der lateralen Vorhofswand befestigt. Das Ligamentum sacculi radiatum geht an seinem dorsalen Abschnitt zum Theil auch auf den medialen Rand des Utriculus über und befestigt diesen ebenso wie das runde Säckchen, nur mit dem Unterschiede, dass dasselbe keine Beziehung zur Macula utriculi besitzt. Man kann dasselbe Ligamentum utriculi mediale bezeichnen.

Das laterale und etwas ventral gerichtete Band des Utriculus — Ligamentum utriculi laterale — stellt einen starken Faserzug dar, welcher sowohl von dem Ligamentum annulare baseos stapedis, als auch von dem Periost der lateralen Vorhofswand ausgeht und sich zu der lateralen Fläche des nervenfreien Sacculus hemiellipticus begiebt und auch an der hier angrenzenden Macula acustica utriculi Anheftung findet. An der hinteren Ampulle setzt sich dieses Band direct in das Band des frontalen häutigen Bogenganges fort. Die Bindesubstanz ist ebensowenig ganz dicht, wie an den häutigen Bogengängen, wo zahlreiche interstitielle Räume vorhanden sind. Dass dieses laterale Band wesentlich zur Befestigung des Utriculus beiträgt, geht aus seiner Anordnung klar hervor. Möglicherweise spielt sein Zusammenhang einerseits mit dem Ligamentum annulare baseos stapedis und andererseits mit dem lateralen Rande der Macula utriculi eine nicht unwesentliche physiologische Rolle, indem der verschiedene Grad der Spannung des Ligamentum annulare an der Steigbügelfussplatte auch das Ligamentum utriculi laterale beeinflussen kann.

Die Entwickelung und Befestigung der häutigen Bogengänge.

Die Entwickelung der häutigen Bogengänge bietet insofern ein besonderes Interesse dar, als ganz ähnliche Vorgänge, welche sich bei der Einstülpung des Ohrbläschens vom Ectoderm und der Bildung des Ductus endolymphaticus vom Alveus communis aus vollziehen, auch bei der Entstehung der Canales semicirculares membranacei stattfinden. Hier spielt auch der vom äusseren Keimblatte stammende Alveus communis die Hauptrolle, indem von ihm die Entwickelung der Bogengänge ausgeht, allerdings in einer vom Mesenchym gebildeten mächtigen Zellenlage, welche die Bildungsstätte der knorpeligen Ohrkapsel darstellt. Hervorzuheben ist insbesondere die von O. Hertwig schon erwähnte weiche und homogene Zwischensubstanz des Mesenchyms, in welchem die Zellen eingelagert sind, und diese Zellen mit der wenig widerstandsfähigen Intercellularsubstanz müssen dem Vordringen der epithelialen Röhren, welche vom Alveus communis ausgehen, weichen. Man wird den Vorgängen nicht gerecht, wenn man die Bogengänge mit ihrer sie umhüllenden Bindesubstanz und den sie begleitenden Gefässen so auf den

Digitized by Google

Alveus communis zurückführt, dass man alle die genannten Gebilde gleichzeitig von ihm hervorwachsen lässt.

Gehen wir von jenem Entwicklungsstadium aus, wo das Ohrbläschen in den Mesenchymzellen zu dem Alveus commnnis sich umgewandelt hat, so treten an den verschiedenen Stellen jenes Abschnittes desselben, aus welchem der Utriculus hervorgeht, epitheliale Fortsätze auf, die bei den meisten Säugethieren sehr dünn sind und schon während ihrer Entstehung und ihres weiteren Wachsthums eine kleine Lichtung zeigen. (S. Taf. III, Fig. I u. II.) Diese Epithelfortsätze dringen gleichzeitig von den verschiedenen Stellen des Alveus communis aus in dem weichen Mesenchymlager vor und erzeugen durch ihr sehr rasches Wachsthum in demselben einen Canal, der anfänglich genau der Dicke des Epithelcylinders entspricht.

Weder Bindesubstanz noch Gefässe sind in diesem Entwickelungsstadium an den nur aus Epithelien bestehenden Canälen, welche sich in das gefässlose Mesenchym-Zellenlager eingebohrt haben, vorhanden. Die Epithelzellen, welche durch Kittsubstanz miteinander vereinigt sind, zeigen eine ungleiche Grösse, so dass der reine Querschnitt eines Canales an der einen Seite dick, an der anderen dünn erscheint und eine ovale Form darbietet. (Siehe Fig. I und II, Tafel III.) Bemerkt muss noch werden, dass an jenen Stellen, wo der Bogengang eine starke Krümmung hat, die Schiefschnitte durch das Epithel die verschiedene Dicke der Canalwand vortäuschen. Allein die Längsschnitte der Bogengänge lassen auf das Bestimmteste erkennen, dass an ihren convexen Seiten die grossen, an den concaven die kleinen Zellen angebracht sind. Wenn man die Frage aufwirft, warum die eine Canalhälfte der anderen in gekrümmter Form entgegenwächst und unter normalen Umständen die beiden gekrümmten Epithelcylinder sich erreichen und dann einen häutigen Bogengang darstellen, so wird man sofort zu der Vermuthung gedrängt, dass die Krümmnng eines Canales während seines Wachsthums nur das Resultat der ungleich grossen Zellenschichten seiner Wand sein mag. Wenn die Zahl der Zellen beim Wachsthume eines häutigen Bogenganges an allen Stellen gleich gross ist, die Dimensionen derselben aber ungleich sind, so wird an der Stelle, wo die grossen Zellen sich befinden, mehr Raum nöthig sein und es tritt ein stärkeres Längenwachsthum auf, während die Wand mit den kleinen Zellen verhältnissmässig in ihrer Längenausdehnung zurückbleibt, und es muss hier die concave, dort die convexe Krümmung entstehen.

Würden die beiden Epithelcylinder, welche zur Bildung eines häutigen Bogenganges einander entgegenwachsen, an allen Stellen ihrer Wand gleich grosse Zellen produciren, so musste die Vergrösserung in geradeliniger Richtung stattfinden; allein eine Production der Zellen von ungleicher Grösse muss eine Verlängerung des Rohres in gebogener Richtung zu Stande bringen, und diese Form des Wachsthums der epithelialen kleinen Bogengänge kann in dem weichen, widerstandslosen Material des Mesenchyms mit Leichtigkeit erfolgen. Eine Stütze für diese Auffassung der Entstehungsweise der häutigen Bogengänge ist noch darin gegeben, dass an jenen Stellen der Gänge, wo sie eine geradelinige Form haben, die Epithelzellen keine sehr bedeutenden Differenzen bezüglich ihrer Grösse zeigen. Je stärker die Krümmung wird, um so

Digitized by Google

grösser sind die Unterschiede der Zellen zwischen dem convexen und concaven Rand des Bogenganges.

Die Bildung der Umhüllungen der häutigen Bogengänge.

Sind die epithelialen Säckchen mit dem Ductus endolymphaticus und die hohlen Epithelcylinder, die künftigen häutigen Bogengänge, vollendet, so vollzieht sich in der Umgebung der letzteren eine Differenzirung, welche zunächst nur von dem Mesenchym ausgeht. Das Wachsthum der Bogengänge ist ein sehr rasches, und nachdem die beiden Abschnitte, welche einander entgegengewachsen sind, ihre Verschmelzung vollzogen haben, nehmen sie an Weite etwas zu und erlangen mehr und mehr die cylindrische Form. In ihrer äusseren Umgebung stellt sich zunächst nur eine Lichtung des Zellenmateriales ein. Die Abgrenzung dieses Zellenmateriales in der Umgebung der häutigen Bogengänge von jenen Mesenchymzellen, welche den Differenzirungsprocess für die künftige knorpelige Labyrinthcapsel durchlaufen, ist anfänglich keine sehr scharfe, und man begegnet Entwickelungsstadien, in welchen man den Unterschied nur durch die Lichtung der Intercellularsubstanz erkennt. Diese Lichtung entspricht dem Binnenraum des späteren knorpeligen resp. knöchernen Bogenganges. Die Bildungsvorgänge an den Bogengängen haben mit den Veränderungen in dem Vestibulum, der Bindesubstanz- und Gefässbildung in demselben, nichts gemein, sondern sie vollziehen sich an Ort und Stelle ganz selbstständig und zwar, wie schon erwähnt wurde, in dem Mesenchym der Labyrinthcapsel. Die Differenzirung der Zellen in der Umgebung der Bogengänge hat nur das gemeinsam mit jener in dem Vorhofe, dass sie sich gleichzeitig vollzieht. Während die Mesenchymzellen um den Alveus communis, d. h. um die in der Theilung begriffenen beiden Säckchen herum zu der Bindesubstanz sich umwandeln, beginnt auch die besprochene Veränderung in der Umgebung der Bogengänge.

Die Mesenchymzellen ändern, wie schon Kölliker und O. Hertwig angaben, ihre Form, indem dieselben Fortsätze von verschiedener Zahl aussenden, die sich gegenseitig vereinigen und in Folge einer Zunahme der weichen Intercellularsubstanz etwas auseinander gedrängt werden. Auch die erste Lichtung in der Umgebung der epithelialen Bogengänge scheint nur das Resultat einer Zunahme der hellen weichen Intercellularsubstanz zu sein. Bald tritt auch um die häutigen Bogengänge das netzartige characteristische Gallertgewebe auf, dem schon Kölliker eingehende Berücksichtigung geschenkt hat, wesentlich auch deshalb, weil, wie dieser Autor hervorhebt, hier die typischen Vorgänge stattfinden, „wie bei vielen Hohlraumbildungen beim Menschen und bei Thieren“. Von besonderem Interesse erscheinen hier die histogenetischen Vorgänge, welche sich in den Zellen und in der Intercellularsubstanz vollziehen, indem die den epithelialen häutigen Bogengängen zunächst liegenden Zellenlagen zu Bindegewebe und die übrigen, an der Canalbildung nicht Antheil nehmenden Schichten zu dem Vorknorpel der Pars petrosa sich umwandeln. Nur in der vierten Figur unserer Tafel III erscheint die Grenzschichte zwischen den Zellen des Bogenganges und dem Vorknorpel der Pars petrosa etwas stärker imbilirt, allein diese

Digitized by Google

Stelle hat keine Beziehung zur künftigen Beinhaut des knorpeligen oder knöchernen Bogenganges.

In jenen Entwickelungsstadien, welche in den Figuren I, II und IV (letztere Figur sollte vor der dritten eingereiht sein) dargestellt sind, hat noch keine Gefässbildung stattgefunden, während an den Querdurchschnitten Fig. III und V ziemlich nahe an den epithelialen Bogengängen einige Gefässe an den Querdurchschnitten sichtbar erscheinen. Die Gefässe treten in dem Mesenchym der Bogengänge schon auf, bevor die Zellen desselben den Character der Bindesubstanz zeigen, wie dies in Fig. III der dritten Tafel ausgedrückt ist. Als allgemein giltig darf man annehmen, dass das Auftreten der Gefässe der Umwandlung des Mesenchyms in Bindesubstanz vorausgeht. Erst nachdem die Gefässe sichtbar geworden sind, treten die fadenförmigen Ausläufer der Zellen auf, welche sich netzartig mit einander verbinden, dann dicker werden und das schon lange bekannte Gallertgewebe darstellen. An der Mehrzahl unserer Figuren ist ersichtlich, dass die sich entwickelnde Bindesubstanz in der ganzen Ausdehnung des künftigen Bogenganges eine mehr oder weniger kreisförmige Anordnung zeigt, und zwar stellen sich alle Zellen, insbesondere die spindelförmigen, im Kreis um den epithelialen Bogengang, der an Weite immer mehr zunimmt.

Ist die Bindesubstanz, welche an allen Schnitten transparenter erscheint, als jene zu Knorpelzellen sich um wandelnden Mesenchymschichten, vollendet und haben sich die ziemlich grossen Gefässe netzartig an der concaven Seite des epithelialen Bogenganges gebildet, so tritt ganz langsam die regressive Metamorphose des Gallertgewebes ein, wobei 1) die Bildung des Periostes der zuerst knorpeligen und später knöchernen Bogengänge, 2) die Bänder des Canales semicirculares membranacei, 3) die bindegewebige Umhüllung und 4) die perilymphatischen Canäle der Bogengänge zu Stande kommen.

1) Die Bildung des Periostes der knorpeligen resp. knöchernen Bogengänge.

Schon Kölliker hat bei Säugethieren die Bildung der Beinhaut in den Bogengängen verfolgt und beschrieben. Meine bildliche Darstellung des Vorganges in den Figuren XII—XV der Tafel III lässt die Rückbildung des Gallertgewebes und die Entstehung dss Perichondriums, resp. des Periostes bei Säugethieren und dem Menschen klar überblicken. Die Figuren XII—XV sind Präparaten vom menschlichen Fötuslabyrinth entnommen, und sie lassen erkennen, dass die Rückbildung des Gallertgewebes gar nicht so einfach ist, wie man sie bisher beschrieben hat, sondern bei der Eigenartigkeit der Metamorphose ein interessantes Endresultat liefert, welches darin besteht, dass die häutigen Bogengänge sowohl, als auch der Ampullen die von mir zuerst beschriebene Art und Weise der wandständigen Fixation erfahren. Die in Rede stehenden Bildungsvorgänge in den Bogengängen sind zunächst dafür bestimmt, das häutige Labyrinth zu befestigen, die grossen Perilymphräume zu Stande zu bringen und den Gefässen in der Perilymphe Halt zu geben.

Wenn der Zerfall des Gallertgewebes beginnt, entsteht im ganzen Umkreise des Epithelrohres eine bedeutendere Lichtung mit Verringerung der Zahl der Zellen und dem Auftreten von Lücken zwischen den Bindegewebsbündeln. In diesem Stadium rückt der Bogengang der convexen

Digitized by Google

Seite des Vorknorpels etwas näher und die Bindesubstanz gruppirt sich in zwei Lagen, einer dichter werdenden inneren, welche das Epithelrohr umkreist, und einer äusseren, welche jedoch der knorpeligen Wand des Bogenganges nicht unmittelbar anliegt. Wenn man aus den verschiedenen Entwicklungsstadien des Säugethierlabyrinthes das soeben erwähnte Stadium herauswählt, so erkennt man neben den beiden verdichteten Bindesubstanzschichten auch zwei helle Zonen, indem zwischen der peripheren Gallertschichte und dem knorpeligen Bogengang auch ein Zerfall der Zellen und Fasern stattfindet. Dieser Vorgang hat zur Folge, dass die Knorpelhaut nicht am Knorpel, sondern in einiger Entfernung von demselben entsteht und erst mit der Anlagerung des epithelialen Bogenganges an die Knorpelwand auch die äussere Bindegewebsschichte dieser Wand nahe rückt und eine innige Verbindung mit derselben eingeht. So ist, wie dies schon Kölliker ausgesprochen hat, aus dem Gallertgewebe des Bogenganges das künftige Periost entstanden und nach aussen an die Wand „angepresst" worden. An sehr vielen gut conservirten Präparaten konnte ich mit Bestimmtheit constatiren, dass der äussere Bindegewebsring, welcher sich verdichtet und den epithelialen Bogengang nmkreist, als Scheide in dem Gallertgewebe sich entwickelt und erst bei einem gewissen Grad seiner Verdichtung der Knorpelwand nahe rückt. Ich besitze sehr schöne Präparate vom Labyrinth des Hundefötus, an welchem man den Rückbildungsprocess des Gallertgewebes zwischen dem Periost und dem Knorpel klar übersehen kann.

Was nun die innere Schichte des Gallertgewebes, welche den epithelialen Bogengang umkreist, anlangt, so ist dieselbe anfänglich ziemlich mächtig, erleidet aber auch eine weitere ungleiche Rückbildung, um später sich mit dem Periost zu vereinigen und die Bänder der Bogengänge darzustellen. Vergleicht man bezüglich dieses Vorganges (ich habe denselben beim Menschen am eingehendsten verfolgt) eine grössere Anzahl von Thieren miteinander, so ergiebt sich, dass die allmählige Einlagerung des epithelialen Bogenganges in das Periost der Knorpelwand beim Menschen etwas complicirter ist, als bei den Thieren. Bei diesen rückt der häutige Bogengang, an dem das ihn umgebende gallertartige Bindegewebe immer spärlicher wird, der knorpeligen Wand allmählig näher, und nachdem das Perichondrium erreicht ist, findet mit demselben eine feste Vereinigung der Art statt, dass sowohl die Verwachsung der Wand des epithelialen Canales mit der Beinhaut, als auch die seitlich auftretenden Ligamenta canaliculorum die innige Befestigung der Bogengänge vermitteln.

Bei dem Menschen (s. Fig. XII—XV) gelangt der häutige Bogengang der convexen Seite des knorpeligen auch immer näher, und diese Lageveränderung ist nur möglich, indem das Gallertgewebe im ganzen Umkreise schwindet und so auch an jenem Abschnitte Raum schafft, wohin der Bogengang schliesslich gelangen soll. Man sieht daher auch an der Fig. XII, dass die Bindesubstanz nach der convexen Seite hin schon spärlicher geworden ist, als an der concaven.

Dann aber schreitet der Zerfall des Gallertgewebes bis zum häutigen Bogengange fort und die aussen in Fig. XIII sich scharf absetzende Scheide wandelt sich zum Periost und den Bändern der Bogengänge um. Die periphere Bindegewebslage verdichtet sich immer mehr und tritt mit dem Knorpel der Canalwand in innigen Contact. Findet später die

Digitized by Google

Knochenbildung statt, so tritt noch eine selbstständige Bindegewebslamelle auf, welche den Knochen ebnet und sich mit jener Lage, die aus dem Gallertgewebe hervorgeht, innig vereinigt.

Die Bänder der Bogengänge des häutigen Labyrinthes.

Die Bänder der Bogengänge stellen nach dem oben Gesagten die Ueberreste des Gallertgewebes dar. In dem Entwickelungsstadium vom menschlichen Labyrinth, welches in Fig. XIV abgebildet ist, sieht man, wie die äussere periphere Zone der Bindesubstanz, welche jetzt ein grosses Netz bildet, an jener Stelle sich verdichtet, wo der häutige Bogengang sich anlegt (6), während die laterale Begrenzung desselben (4 und 7), die von grossen Lücken durchsetzt ist, einen innigen Zusammenhang mit dem epithelialen Rohr erlangt hat. Nachdem im Binnenraume des knorpeligen Bogenganges das Gallertgewebe seine Rückbildung vollzogen hat, das Periost in die Nähe der Knorpelwand angekommen ist, verdichtet sich an den abgerundeten Rändern des Bogenganges, welcher allmählig eine auf dem Querschnitt oval erscheinende Form angenommen hat, das Gallertgewebe zu den Ligamenta canaliculorum. Diese stellen demnach bindegewebige Lamellen dar, die breit die Ränder der Bogengänge umfassen, allmählig dünner werdend gegen den Knorpel resp. Knochen auslaufen und hier als directe Fortsetzungen des Periostes aufgefasst werden können. Diese Bänder, welche an Querschnitten dreieckige Züge darstellen, sind während ihrer Entstehung lückenartig durchbrochen und behalten auch nach vollständiger Ausbildung mehrere mit einander und mit dem Perilymphraum communicirende Lücken bei, in welchen auch Perilymphe enthalten ist. Diese Bänder erinnern in mehrfacher Beziehung an das Lig. pectinatum iridis im Auge. Aber nicht nur die abgerundeten Ränder des häutigen Bogenganges, sondern auch dessen gegen den Perilymphraum gerichtete Fläche wird von Fortsetzungen der Bindesubstanz, aus welchen die Bänder bestehen, eingenommen, und wenn dieselbe sich noch weiter zurückgebildet hat, bleibt ein Rest von ihr bestehen, der die äussere Bindegewebslage des häutigen Bogenganges darstellt. Ich leite diese Lage von dem Gallertgewebe ab, während ich die structurlose Tunica media als Product des Epithels der Bogengänge ansehe.

Neben den beschriebenen Ligamenta canaliculorum bestehen aber noch weitere Befestigungsmittel der häutigen Bogengänge, welche dadurch zu Stande kommen, dass die Gefässe, welche sich im Gallertgewebe entwickelt haben, von Ueberresten des Gallertgewebes dauernd umschlossen werden, und diese Züge, welche von irgend einer Stelle des Periostes zu einer anderen oder von demselben zum häutigen Bogengang direct gehen, tragen mit zur Befestigung des Labyrinthes bei (s. Fig. XV der Taf. III).

Die in dem Bogengang aufgetretenen Gefässe verbreiten sich nicht an dem Bogengang allein, sondern sie stellen weite Netze im Perilymphraum dar, welche auch grobe Schlingen um die Bogengänge herum bilden, allein es muss bestritten werden, dass diesen ein feines capillares Gefässnetz zukommt. Nur an den Ampullen tritt ein feines dichtgedrängtes capillares Netz auf, dessen Verhalten sich wesentlich verschieden zeigt von jenem der weiten Gefässnetze am Bogengang.

Digitized by Google

Die Befestigung der Ampullen.

Der Fixirung der Ampullen, über welche nur wenige Angaben vorliegen, habe ich besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Dass die Befestigung derselben nicht gleich sein kann, geht aus dem Verhalten der Nerven zu denselben hervor. Schon Hasse und Retzius haben die Nerven der Ampullen innerhalb des Vorhofes besprochen und bildlich dargestellt. Aus den Mittheilungen dieser Forscher sowie aus den Angaben, die schon Sömmering, Scarpa und Breschet gemacht haben, ist zu entnehmen, dass die Wege, welche die Ampullennerven zur Erreichung ihrer peripherischen Verbreitungsbezirke im Vorhofe zurücklassen, sehr verschieden lang sind. An der schönen Abbildung, welche Retzius in Fig. III, Taf. 33 seines Werkes geliefert hat, erkennt man den kurzen Weg, welchen der Nervus ampullaris posterior zurückzulegen hat, um die hintere Ampulle zu erreichen, während die beiden Aestchen für die vordere und äussere Ampulle lange Bahnen beschreiben, bis zur Eintrittstelle in die von ihnen versorgten Ampullenleisten. Es müssen demnach die Ampullennerven nach ihrer Abzweigung vom Nervus vestibuli in dem Bindegewebe des Vorhofes ihre Lage nehmen und in diesem nach den Eintrittsstellen der Ampullenleisten gelangen.

Ich will nur erwähnen, dass die beiden vorderen Ampullen während ihrer Entstehung nur eine geringe Entfernung von einander haben und die Richtung ihrer Neuroepithelien keine übereinstimmende ist. Die Befestigung der Ampullen selbst wird, wie an den Bogengängen, vermittelt durch das verdichtete Bindegewebe, welches einen Abkömmling der Gallertsubstanz darstellt. Die Bindesubstanz an der Umrandung der Ampulle ist verdickt und setzt sich ohne scharfe Grenze einerseits in das Vestibulum, andererseits in den Bogengang fort.

Der am sog. Ampullendach befindliche perilymphatische Raum ist verhältnissmässig ziemlich eng und vermittelt die Communication zwischen einem Bogengang und dem Vorhofe, wohin der Abfluss der Perilymphe erfolgt. Das Ligamentum ampulae hat Aehnlichkeit mit dem Lig. sacculi radiatum, indem es allseitig die Ampulle umgreift und einen verdickten und verlängerten Faserzug an jener Stelle erzeugt, wo der Nervus ampullaris seine Lage hat.

Das Studium der Lagerung der verschiedenen Abschnitte des häutigen Labyrinthes liess bald die Wichtigkeit einer gesicherten Fixation derselben erkenen. Alle die fein organisirten Abschnitte des Labyrinthes, insbesondere seine mit Neuroepithel besetzten Stellen, machten ebenso wie die verschiedenen Gebilde des Corti'schen Organes an der Membrana basilaris eine gesicherte Befestigung erforderlich, die man erst in neuerer Zeit einer sorgfältigen Prüfung unterzog.

Während wir vor einigen Decennien die alten Angaben über die centrale Lage des häutigen Labyrinthes von den vortrefflichen Forschern der älteren Zeit übernahmen, und diese, wenn sie auch zeitgemässe Irrthümer enthielten, einfach nachschrieb, ignorirte man vielfach die der neueren Zeit angehörigen Forschungsresultate. Obschon ich meine „Ergebnisse über die **wandständige Lage des häutigen Labyrinthes**“ bei verschiedenen Gelegenheiten mitgetheilt habe, begegne ich doch gegenwärtig noch Autoren, welche sich bei Besprechung des Gehörorganes der Ignorirung dieser bedeutungsvollen Thatsache schuldig machen.

Digitized by Google

Ich will nicht so weit gehen und mit Tarschanoff in St. Petersburg (s. Pflüger's Archiv für Physiologie Band 42, Heft 9 und 10, Seite 515) annehmen, dass wir in einem derartigen Verhalten mancher Autoren die Schlagschatten in dem Sittengemälde unserer Zeit zu erblicken hätten, glaube aber doch bezüglich der Feststellung der excentrischen Lage und der Befestigungsweise des häutigen Labyrinthes „mein geistiges Eigenthum" vorerst nur in dieser allgemeinen Form wahren zu müssen, wozu ich um so mehr glaube berechtigt zu sein, als wahrheitsliebende Forscher, wie E. Brücke, Hasse, G. Retzius, W. Krause, Schwalbe und einige Andere meine Angaben eingehend gewürdigt haben.

Die Perilymphräume der Bogengänge.

Wenn man meine Figuren XIV und XV der Tafel III in's Auge fasst, so ergeben sich die Perilymphräume, wie ich früher schon angab, in der Weise, dass das häutige Labyrinth nur an einer Seite von der Perilymphe bespült wird und nicht, wie man früher annahm, eine allseitige Umspülung desselben gegeben sei.

Ich gehe auf eine specielle Beschreibung der Perilymphbahnen hier nicht näher ein, denn dieselben sind schon von Hasse, Retzius und Schwalbe eingehend erörtert worden. Es sei nur noch darauf hingewiesen, dass ich an einem menschlichen Foetus aus der zehnten Woche dieser Tage in der Umgebung des Ductus endolymphaticus 5—6 rundlich oder oval gestaltete Perilymphbahnen constatiren konnte, welche, indem sie sich zu einfachen Stämmchen vereinigen, an Zahl geringer werden und mit dem genannten Gang die subduralen Lymphspalten erreichen.

Die Räume, welche in den Bogengängen die Perilymphe einschliessen, werden am zweckmässigsten „Canales semicirculares perilymphatici" bezeichnet. Diese Benennung, welche ich früher schon ohne den Zusatz „perilymphatisch" gebrauchte, wird der anatomischen Anordnung in allen Beziehungen gerecht.

Beschreibung von Tafel III.

Tafel III. Querdurchschnitte durch die Bogengänge der Säugethiere und des Menschen aus verschiedenen Entwickelungsstadien.

I. Querschnitt des Bogenganges vom Schafembryo. Die drei Schichten stellen von aussen nach innen dar: 1. das Mesenchym, 2. die lichte Stelle desselben, aus dem der künftige Bogengang hervorgeht, und 3. das centrale, ungleich dicke Epithelrohr.

II. Querschnitt des Bogenganges vom Kaninchen

III. Ebenso vom Schwein.

IV. Ebenso vom Rind.

V. und VI. Ebenso von der Katze.

VII. Ebenso vom Hunde.

VIII. Ebenso von der Fledermaus.

IX. Ebenso vom Hirsch.

X. Ebenso von der Katze.

XI. Querschnitt eines Vorhof-Abschnittes.

XII. Bogengang vom menschlichen Fötus.

1) Mesenchym, aus welchem der Vorknorpel entsteht.

2) Beginnender Zerfall des Gallertgewebes.

Digitized by Google

3) Verdichtung desselben um den Bogengang herum.
4) Häutiger Bogengang, der beim menschlichen Fötus frühzeitig eine weite Röhre darstellt.

XIII. Bogengang von einem annähernd 4 Monate alten menschlichen Fötus.
1) Grenze des Vorknorpels.
2) Verdichtung des Gallertgewebes an der Peripherie des Bogenganges.
3) Zerfall des Gallertgewebes und beginnender Canalis semicircularis perilymphaticus.
4) Anlagerungsstelle für den häutigen Bogengang.
5) Häutiger Bogengang, an dessen Aussenseite das Gallertgewebe sich verdichtet.

XIV. Querschnitt des häutigen Bogenganges vom Neugeborenen.
1) Knorpel der Pars petrosa.
2) und 3) Das Gallertgewebe, schon hochgradig zurückgebildet.
4) Ligamentum canaliculi.
5) Gefässe, von Bindesubstanz umgeben.
6) Verdichtete Bindesubstanz, an welche sich der häutige Bogengang anlegt.
7) Lücken im Ligamentum canaliculi.
8) Häutiger Bogengang.
9) Bindesubstanzschichte an der gegen den Lymphraum gerichteten Fläche des häutigen Bogenganges, welche vom Gallertgewebe abstammt.

XV. Querschnitt des knöchernen und häutigen Bogenganges vom erwachsenen Menschen.
1) Canalis semicircularis osseus.
2) Periost und Canalis semicircularis perilymphaticus.
3) Bindegewebige Ueberreste des Gallertgewebes, welche Gefässe umschliessen.
4) Befestigung eines Zuges an dem häutigen Canal.
5) Ligamentum canaliculi.
6) Wand des häutigen Canales, welche gegen den Perilymphraum gerichtet ist.
7) Anlagerung des papillenfreien Abschnittes des häutigen Canales.
8) Papillen des häutigen Canales.
9) Schwach entwickelte Papillen an dem gegen den Lymphraum gerichteten Abschnitte des häutigen Bogenganges.

Zur Behandlung der Pharyngitis chronica.

Von
Dr. **E. Weil** in Stuttgart.

In der letzten Zeit benütze ich in den allermeisten Fällen von Pharyngitis chronica ein Mittel, das zwar sehr alt ist, das aber, soviel ich weiss, gegen Pharyngitis noch nicht empfohlen worden ist. Das Mittel ist der allbekannte Acetum pyrolignosum crudum.

Der Holzessig wird neuerdings viel von den Gynäcologen gebraucht; diese Anwendung hat mich bewogen, ihn auch im Rachen zu verwenden.

Ich pinsele den Holzessig unverdünnt auf die Rachenschleimhaut. Der Effect ist local eine starke Abblassung der Schleimhaut; diese wird leicht weisslich verfärbt, angeätzt. Je mehr der Pinsel eingetaucht und je kräftiger gepinselt wird, desto stärker ist natürlich die Wirkung.

Deshalb pinsele ich Anfangs, besonders bei empfindlichen Individuen, ehe ich die Reaction kenne, auch um Laryngospasmus zu verhüten, schwach, und erst nach und nach steigere ich, wenn es nöthig ist.

Die Patienten klagen im ersten Moment über starkes Brennen, noch

Digitized by Google

mehr über den unangenehmen Geschmack. Das Brennen lässt aber sehr rasch nach und auch der unangenehme Geschmack verliert sich bald, so dass bisher alle Patienten, die vorher z. B. mit Jodglycerin gepinselt worden sind, den Holzessig vorziehen. Am Tage der Einpinselung haben die meisten Patienten ein trockenes Gefühl im Hals, klagen auch zum Theil über Wundsein und Heiserkeit, fühlen sich aber meist schon am 2. Tage leichter und freier im Hals; der Hals wird weiter, der Schleim geht leichter, hört man sehr oft schon nach der ersten Einpinselung, und auch objectiv lässt sich sehr häufig schon beim zweiten Besuche eine Besserung nachweisen.

Gewöhnlich pinsele ich 2 Mal in der Woche.

Mit den Resultaten, die sich auf viele Dutzende von Fällen erstrecken, bin ich so zufrieden, dass ich neuerdings das Jodglycerin, das ich vorher meistens benützt habe, beinahe gar nicht mehr gebrauche.

Die Fälle, bei denen ich den Holzessig anwende, sind gewöhnliche Pharyngitiden. Bei Pharyngitis sicca sah ich bis jetzt noch keinen rechten Erfolg. Ich mache zur Zeit Versuche, durch tägliches Bepinseln auf diese therapeutisch so schwer zugängliche Erkrankung einzuwirken.

Gegen die Granulationen bei Pharyngitis benütze ich nach wie zuvor die Glühhitze, aber nicht mehr so häufig den Galvanocauter, sondern mehr den Paquelin-Brenner. Ich habe mir vom Instrumentenmacher Henger hier geknöpfte und flache Brenner besorgen lassen, die beinahe so fein, wie die Galvanocauteren, und ebenso, wie diese, im Winkel abgebogen sind. Auf einen Brenner möchte ich besonders aufmerksam machen. Es ist das ein knieförmiger Brenner, dessen im stumpfen Winkel abgebogene Spitze durch eine sinnreiche, recht einfache Construction nach jeder Richtung gedreht werden kann, so dass mit demselben Brenner oben und unten, links und rechts, kurz nach jeder Richtung im Mund und Rachen gebrannt werden kann.

Wenn ich den Paquelin-Brenner gegenüber dem Galvanocauter derzeit im Mund und Rachen sehr häufig und in der Nase beinahe ausschliesslich anwende, so geschieht das hauptsächlich wegen der starken Intensität, und dann weil man die Brenner, wenn man einmal damit umzugehen versteht, in Secunden parat hat und Reparaturen beinahe nie nöthig sind. Den Ballon lasse ich am liebsten vom Patienten, der am besten die Augen während des Eingriffes geschlossen hält, selbst drücken. Bei Kindern besorgt das die Begleitung oder ein Mädchen von mir; hier und da benutze ich den Tretballon.

Ohne Cocain und sehr gute Beleuchtung möchte ich den Paquelin-Brenner, um das ausdrücklich zu betonen, nicht gebrauchen.

Zur Beleuchtung nehme ich derzeit einen verbesserten Argandbrenner, den sogenannten Expansionsbrenner, und kann die Collegen nur auffordern, sich mit dieser Lichtquelle zu versehen.

Der billige Brenner mit seinem ausgebauchten Cylinder, auf einer Schieblampe angebracht, giebt schönes, weisses, und besonders sehr intensives Licht von etwa 37 Kerzenstärke. Ich glaube, Jeder, der den Brenner einmal benutzt, wird vorerst dabei bleiben und alle die anderen complicirten Beleuchtungsapparate aufgeben.

Das Auer'sche Gasglühlicht, das sonst sehr zu empfehlen wäre, ist vorerst wegen seiner geringen Lichtstärke noch nicht zu gebrauchen.

Digitized by Google

Den Collegen, die Petroleum brennen, empfehle ich einen Orbis- oder Hercules-Brenner oder sonst einen der neueren Brenner, die alle den Mitrailleusenbrenner, der eine Zeit lang — auch von Schrötter noch in seinem neuesten Werke — so sehr empfohlen wurde, durch Lichtstärke, Farbe des Lichtes und ruhiges, gleichmässiges Brennen ganz bedeutend übertreffen.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Ohres. Erste Serie: 6 Sectionsbefunde. Von Prof. Dr. Wagenhäuser in Tübingen. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 26, H. 1.)

In dem ersten Falle der in vorliegender Arbeit mitgetheilten Sectionsbefunde handelt es sich um eine Missbildung im Gebiete des äusseren und mittleren Ohres, beobachtet bei einem Neugeborenen. Durch ein excessives pathologisches Knochenwachsthum in den unteren und äusseren Parthien der Paukenhöhle scheint das Lumen derselben bedeutend alterirt worden zu sein.

Als zweiter Fall folgt der Ohrbefund von doppelseitiger chronischer Mittelohrentzündung bei einem 19jährigen Patienten. Aus der ausführlichen Krankengeschichte geht hervor, dass die Ohrerkrankung im 5. Lebensjahre als Complication von Scharlach entstand; der Patient starb im 19. Lebensjahre an Typhus abdomin. Die Paukenhöhle links erscheint als ein grosser, von Narbengewebe ausgekleideter Hohlraum; von den characteristischen Theilen der Paukenhöhle lässt sich nur noch das Ost. tympan. tub. und der Bauch des Musc. tensor tympan. erkennen. Rechterseits zeigt das Mittelohr perlmutterglänzende weissliche Massen. In den hinteren, dem Antrum mastoid. entsprechenden Parthien umschliessen diese Massen ein Convolut von bräunlichen, 1 Ctm. langen Haaren, gleich denen, welche in dem an der äusseren Fläche des Warzenfortsatzes befindlichen Fistelcanale, der zeitweise verschlossen war, gefunden wurden. Bezüglich des letzteren Befundes besteht die Möglichkeit, dass es sich hier um eine im Proc. mastoid. gelegene Dermoidcyste handelt, oder auch, dass die Haare von aussen in den Warzenfortsatz gelangt sind. Der Sinus sigmoid. zeigte in diesem Falle auch eine ganz abnorme Lage.

Der dritte Fall betrifft einen 11jähr. Patienten mit doppelseitiger Mittelohrentzündung mit schleimig-eitriger Secretion, Phlebitis, Thrombose des rechten Sinus transvers., Tod in Folge von eitriger Meningitis. Trotzdem die Indication zur Eröffnung des Warzenfortsatzes deutlich vorlag, wurde die vorgeschlagene Operation verweigert, weshalb sich der Process immer verschlimmerte und zum Exitus letalis führte. Bei der Obduction zeigte sich die Paukenhöhle erfüllt mit gallertartigen eitrigen Massen. Da für die Ueberleitung der Entzündung auf das Schädelinnere kein directer Weg aufgefunden wurde, so lässt sich annehmen, dass die eitrige Meningitis durch Infection auf dem Wege der venösen Blutbahnen erfolgte.

In dem vierten Falle wird das Schläfenbein eines 21jähr. Mädchens beschrieben, das an linksseitiger, chronisch-eitriger Mittelohrentzündung

Digitized by Google

und Caries des äusseren Gehörganges litt; der Exitus letalis erfolgte in Folge Thrombose des linken Sin. transversus und Pyämie. Es zeigte sich in diesem Falle schon sehr frühzeitig nach dem Beginne der Paukenhöhlenentzündung eine heftige Betheiligung des Proc. mastoid., so dass trotz der Eröffnung der Warzenzellen der Exitus letalis nicht aufgehalten werden konnte, zumal der Process auch zu Eitersenkung in der Umgebung des cariös zerstörten äusseren Gehörganges geführt hatte.

Der fünfte Fall behandelt eine ausgebreitete Caries an der Basis cranii mit Senkungsabscess am Halse, Thrombose des rechten Sin. transversus, ferner eitrige Entzündung im Mittelohre beiderseits bei einer älteren Frau. Bezüglich der Aetiologie der Ohraffec[illegible] ist hier jedenfalls anzunehmen, dass der cariöse Process an der Sc[illegible]basis, wodurch der Proc. condyloid. des Hinterhauptbeins und die Gel[illegible]fläche des Atlas zum grössten Theile zerstört wurden und die Eiterinfi[illegible]tion sich bis in die Incisura mastoid. und Fossa jugul. erstreckte, ein[illegible] Entzündung des Mittelohres mit Ansammlung von eitrigem Exsudate veranlasste, ebenso wie öfter auf umgekehrtem Wege Entzündungen aus den Mittelohrtheilen in die Umgebung derselben fortgeleitet werden.

Der sechste Fall betrifft einen 56jähr. Mann mit acuter Mittelohrentzündung, Caries Proc. mastoid. und Senkungsabscess am Halse, eitrige Meningitis. Die Ausbreitung auf das Schädelinnere geschah in diesem Falle vom Warzenfortsatze aus längs des gefässhaltigen Duralfortsatzes, der durch den Hiatus subarcuatus zum Antrum mastoid. zieht und eine Eiteransammlung an der oberen Pyramidenkante unter der Dura mater veranlasste. Eine frühzeitige Eröffnung des Warzenfortsatzes, der sich jedoch der Patient widersetzte, hätte vielleicht den ungünstigen Ausgang noch aufhalten können. Kirchner.

Die Behandlung der Otorrhoe mit Borsäurepulver. (Ein Wort zur Warnung an die Herren Collegen.) Von Dr. Stacke in Erfurt. (Deutsche med. Wochenschrift No. 49/50, 1887.)

Antwort auf »Die Behandlung der Otorrhoe mit Borsäurepulver etc. von Dr. Stacke«. Von Prof. Bezold. (Deutsche med. Wochenschr. No. 7, 1888.)

Die Entgegnung Bezold's auf die von Schwartze gegen die Anwendung des Borpulvers für gewisse Fälle von Otorrhoe ausgesprochenen Bedenken (cf. diese Monatsschr. 1886, pag. 319, und 1887, pag. 77) veranlasste St., auch seine diesbezüglichen Erfahrungen mitzutheilen; der Autor lässt der in Rede stehenden Behandlung eine noch schärfere Verurtheilung für die Mehrzahl aller Fälle zu Theil werden, als dies Schwartze gethan hatte. Der Umstand, dass der Borsäure geringe antiseptische Eigenschaften zukämen, berechtige entfernt nicht dazu, der Behandlung den bestechenden Namen der Antiseptik beizulegen. Bei den acuten Mittelohreiterungen sei eine antiseptische Behandlung nach chirurgischen Begriffen überhaupt nicht möglich, ein absolut freier Secretabfluss nicht herstellbar, da die Spontanperforationen meist ungünstig gelegen und zu klein seien, die künstlich angelegte Oeffnung aber in kürzester Zeit wieder auf ein unzulängliches Maass sich verkleinere; zudem werde jeder Versuch einer Durchspülung der Paukenhöhle mit antiseptischen Mitteln, selbst der milden Borsäure, schon von der normalen, geschweige der acut entzündeten Paukenschleimhaut nicht vertragen;

Digitized by Google

durch Einblasen des Borpulvers in den Gehörgang werde aber keine Antiseptik erzielt, da fast nichts von demselben in die Paukenhöhle selbst gelange, dagegen bei kleinen, ungünstig gelegenen Perforationen leicht zu Secretstauung Veranlassung gegeben werden könne. Die von Bezold betonte Eigenschaft des Borpulvers, Eiter aus dem Mittelohre aufzusaugen, sei bei der geringen hydroscopischen Kraft des Pulvers und der beschränkten Menge desselben, welche, ohne sofort Retention zu veranlassen, überhaupt applicirt werden dürfe, nicht von Belang. Günstiger liegen die Verhältnisse bei den chronischen Mittelohreiterungen mit grosser Perforation und weit offen liegender Paukenschleimhaut, wo die Borsäure dem Secretabfluss nicht hinderlich sein könne. Hier wendet auch St. die Borsäure an, aber nur bedingungsweise: bei geringer Secretion, sichtbar glatter, nicht granulirter Paukenschleimhaut und Fehlen von Knochenerkrankungen oder Retentionserscheinungen; es wird aber jedesmal eine gründliche Durchspülung von Gehörgang und besonders Tuba aus mit indifferenter Lösung vorausgeschickt, welche an und für sich schon hinreiche, nach öfterer Wiederholung Sistiren der Otorrhoe auch ohne Borsäure herbeizuführen. Viele Fälle chronischer Mittelohreiterung seien aber durch Borpulver überhaupt nicht heilbar, weil die Eiterung auch die Nebenhöhlen befallen hat, wohin das Pulver nicht dringen, dagegen um so leichter Retention der Secrete und dadurch scheinbare Heilung herbeiführen könne; hierhin gehören auch die Perforationen der Shrapnell'schen Membran mit ihren meist kleinen Fistelöffnungen; eine rationelle Behandlung bestehe bei hartnäckigen Fällen dieser Art lediglich in chirurgischer Hilfeleistung. Es folgen einige casuistische Belege zum Beweise, wie das Borsäurepulver theils direct, theils durch Verzögerung einer wirksameren Therapie Schaden anzurichten vermöge.

Gegen diese Einwürfe St.'s betont Bezold zunächst, dass er mit der von ihm in die Praxis eingeführten Behandlung keine Antiseptik im streng chirurgischen Sinne zu erzielen prätendirt habe, weil eine solche nach seinen eigenen, bereits bei der ersten Empfehlung des Verfahrens, gemachten Ausführungen nicht möglich sei; gleichwohl aber nenne er die Behandlung eine antiseptische, weil sie den, länger bestehenden Mittelohreiterungen alsbald anhaftenden Foetor schnell und sicher zu beseitigen im Stande sei. Die Gefahr einer Eiterretention durch das Borpulver sei deshalb illusorisch, weil durch die Secrete das Pulver gelöst werde, wie man sich durch Inspection kurze Zeit nach einer Einblasung überzeugen könne, wo alsdann die Umgebung der Perforation vielleicht noch Pulver aufwiese, die Perforationslücke selbst sich aber frei zeige. Was die grössere Häufigkeit gefährlicher Complicationen bei Mittelohreiterungen, welche mit Borpulver behandelt wurden, in letzterer Zeit anbelange, wie dies von den Gegnern seiner Methode behauptet werde, so sei nicht zu vergessen, dass diese Behandlungsweise in den letzten Jahren sich auch unter den practischen Aerzten mehr eingebürgert habe; „da nun gerade die schweren, eine event. operative Behandlung erheischenden Fälle es vorzüglich sind, welche einer Ohrenklinik zuströmen, so wird dementsprechend unter denselben auch die Zahl derjenigen immer mehr anwachsen, bei welchen die Borsäurebehandlung in mehr oder weniger vollkommener Weise Anwendung gefunden hat".

Digitized by Google

Im Uebrigen verwahrt sich B. gegen die durch St.'s Darstellung nahe gelegte Annahme, als ob die Vertreter der Borpulver-Behandlung die sonst indicirten chirurgischen Eingriffe etwa unnöthig erachteten; ferner klagt er St. eines illoyalen Verhaltens an, insofern derselbe in seiner Casuistik die Krankengeschichten nach seinem Bedarfe construirt habe, für welche Behauptung B. einen Fall seiner Praxis, welcher später in St.'s Behandlung überging, anführt.

Der scharfe Ton, welcher in beiden Aufsätzen vorherrscht, kann einer ruhigen, objectiven Besprechung der Frage nicht dienlich sein. In der Hand des Ohrenarztes wird aus dem Gebrauche des Borpulvers bei Otorrhöen wohl schwerlich eine wirkliche Gefahr erwachsen, und auch die von Stacke zum Beweise angeführte Casuistik ist nicht im Stande, dies zu erhärten; dagegen dürfte allerdings ein Mahnruf gegen Einführung dieser Methode in die allgemeine Praxis wohl am Platze sein.

Keller.

Ueber Verwerthung des positiven und negativen Valsalva'schen Versuches in der Behandlung von Mittelohrleiden. (Exhaustion and Inflation Treatment of Middle Ear Troubles.) Von G. C. Savage in Nashville, Tenn. (The Medical Register [Philad.], 10. Dec. 1887.)

Bei eitriger Mittelohrentzündung bewirkt S. durch den positiven Valsalva'schen Versuch Austritt des Mittelohrsecrets in den äussern Gehörgang, von wo es bequem entfernt werden kann, und bringt hierauf eine gewärmte schwache Silberlösung in den Gehörgang, um sie durch den negativen Valsalva'schen Versuch in die Trommelhöhle aspiriren zu lassen. Die Entfernung der Lösung geschieht wieder durch den positiven Valsalva. Dieses Manöver wird 3—5mal in einer Sitzung wiederholt.

Bei trockenem Mittelohrcatarrh sucht S. durch abwechselnde Ausführung des positiven und negativen Valsalva'schen Versuches freiere Beweglichkeit der starren Gehörknöchelchengelenke zu erzielen.

Für die Entdeckung dieser neuen (?) Behandlungsmethode vindicirt sich Verf. die Priorität gegenüber Bischof in Chicago. (S. das betreffende Referat in d. Monatschr., No. 3, S. 78, Jahrg. 1887.) A. Sch. (N.-Y.)

Ueber den Gebrauch von Schröpfköpfen statt Blutegeln bei acuten Entzündungen des Ohres. (On the Use of the Wet-Cup in Place of the Leeck in Certain Acute Diseases of the Ear.) Von Gorham Bacon in New-York. (N.-Y. Med. Journal, 7. Januar 1888.)

Der Artikel ist durch zwei Abbildungen illustrirt, welche den vom Verf. gebrauchten Scarificator und einen Schröpfkopf mit Kautschukballon darstellen. Der Glascylinder des Schröpfkopfes hat seinem speciellen Zwecke entsprechend einen bedeutend geringern Durchmesser als die gewöhnlichen Schröpfköpfe. A. Sch. (N.-Y.)

Erysipel der Ohrmuscheln. (Erysipelas of Auricles.) Von Max Thormer in Cincinnati. (The Cincinnati Lancet-Clinic, 4. Februar 1888.)

Th. berichtete in einer Versammlung der Cincinnati Medical Society über drei Fälle von Erysipel der Ohrmuscheln, deren Entstehung dem barbarischen Gebrauch des Tragens von Ohrringen zur Last zu schieben war.

Digitized by Google

Während der Discussion bemerkte Holmes, dass Keloide des Ohrläppchens bei der farbigen Bevölkerung viel häufiger beobachtet werden als bei Weissen. A. Sch. (N.-Y.)

Otitis durch Infection. Von Dr. Hessler. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 26, H. 1.)

Der Verfasser weist darauf hin, dass durch oberflächliche Verletzungen im äusseren Gehörgange, durch Erosionen, Infectionsstoffe übertragen werden und hier zu den heftigsten Entzündungen Veranlassung geben. Dies kann geschehen durch Kratzen mit verschiedenen Gegenständen, Haarnadeln, ferner durch Einbringen verschiedener, mit Entzündungserreger versehenen Dingen, z. B. Speckstückchen, Samenkörner u. dgl. Der Verfasser beobachtete vom Januar bis September des Jahres 1887 achtmal solche Infectionen, während er früher in 7 Jahren unter $3^1/_2$ Tausend Patienten nur 17mal eine Otitis ex infectione constatiren konnte.

Die Erscheinungen der erwähnten Erkrankung haben mit dem Ohrfurunkel am meisten Aehnlichkeit. Es entstehen die heftigsten Schmerzen, hohes Fieber, starke Schwellung im Gehörgange und in der Verletzung desselben. Hessler fand in den 17 erwähnten Fällen 3mal eine Mitbetheiligung des Trommelfelles. 10 Personen gehörten dem männlichen, 7 dem weiblichen Geschlechte an. Stattgefunden hatte die Verletzung 5mal durch Haarnadel, je 3mal durch Finger und Ohrlöffel, je 1mal durch Stricknadel, Häkelnadel, Pincette und Streichhölzchen und in 2 Fällen durch die Instrumente von Heilkundigen. Die Prognose hängt von der Malignität der Microorganismen ab, die Heilung erfolgte in den vom Verfasser beobachteten Fällen zwischen 4 Tagen und 3—4 Wochen. Therapeutisch wurden je nach dem subjectiven Gefühle der Patienten Eisbeutel, abgekühlte Compressen oder Kaltwasserumschlag angewendet. Von Blutentziehungen oder Incisionen lässt sich nicht immer ein sicherer Erfolg erwarten. Gegen den Juckreiz sind Sublimatausspritzungen mehrere Wochen lang, zeitweilig dazwischen mit 1 pCt. Carbollösung, von guter Wirkung.

Der Verfasser möchte auf diese wichtige Erkrankung des Ohres, worüber sich in den Lehrbüchern der Ohrenheilkunde noch keine Notiz findet, die Aufmerksamkeit lenken und glaubt, dass derartige Fälle nicht selten vorkommen. Kirchner.

Caries des Schläfenbeins mit Prolapsus cerebelli. Von Prof. Kuhn in Strassburg. (Nach einem Vortrage auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden.) (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 26, H. 1.)

Der Verfasser theilt eine seltene Beobachtung von Prolapsus cerebelli durch einen in Folge von Caries und Necrose entstandenen Schläfenbeindefect bei einem 8jähr. Mädchen mit. Nach Scharlach war ein starker übelriechender Ausfluss aus dem Ohre aufgetreten, ein Jahr später fiel das Kind von einer 1 Mtr. hohen Mauer, ohne sich scheinbar bedeutend verletzt zu haben. Im Januar 1886 wurden am Proc. mastoid. zwei Mal Incisionen vorgenommen und mehrere Knochenstücke entfernt, worauf sich an dieser Stelle eine immer mehr zunehmende Geschwulst von der Grösse und Form eines abgeplatteten Apfels entwickelte. Die Oberfläche erschien wie granulirend und wurde daher auch mit Lapis geätzt.

Digitized by Google

Nachdem das Kind in die Clinik des Verf.'s aufgenommen worden war, wurden, da die Pulsationen der Geschwulst einen Prolapsus cerebri annehmen liessen, verschiedene Compressionsversuche angestellt, die aber nicht die mindeste Störung, weder Kopfschmerz, noch Schwindel, noch Ohnmachtsanwandlungen, noch Verlangsamung des Pulses oder Pupillardifferenz ergaben. Auch die Möglichkeit einer vom Knochen oder von der Dura mater ausgehenden Geschwulst musste angenommen werden, und da die microscopische Untersuchung eines kleinen abgetragenen Stückchens des Tumors nur aus runden Granulationszellen bestand, so wurde die Geschwulstmasse abgetragen. Es entleerte sich dabei viel Cerebrospinalflüssigkeit und die markartige Beschaffenheit des Tumors trat jetzt an den tieferen Stellen deutlich hervor. Das Befinden des Patienten war 18 Tage lang nach der Operation gut und weder die Sensibilität noch die Motilität einzelner Körpertheile hatten eine Störung erlitten, nur kamen die Kräfte langsam herunter, da eine überaus grosse Menge von Cerebrospinalflüssigkeit sich fortwährend aus dem Munde entleerte. Am 19. Tage nach der Operation trat Fieber ein, am 28. erfolgte der Exit. letal. unter den Zeichen der höchsten Prostration, ohne dass Convulsionen oder andere Nervenerscheinungen zuvor eingetreten waren. Die Section ergab eine acute eitrige Meningitis der ganzen linken Hirnhälfte, ausgehend von einem frischen cariösen Durchbruch am Tegmen tympan. in Folge der schon lange bestehenden chronisch-eitrigen Paukenhöhlenentzündung, nicht von der lädirten Hirnparthie aus, die sich nur etwas verdickt, aber blutleer und nicht infiltrirt erwies. Kirchner.

Zur Cholesteatomfrage. Von Professor Kuhn in Strassburg. (Nach einem Vortrage auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden 1887.) (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 26, H. 1.)

Der Verfasser theilt in vorliegender Abhandlung fünf Fälle von Cholesteatombildung mit, von denen drei unzweifelhaft sich als reine Perlgeschwülste annehmen lassen, im Gegensatz zu den Retentionsgeschwülsten, die aus Lamellen von Epidermiszellen bestehen und in der Mitte einen Kern von käsigem Eiter besitzen. Die reine Perlgeschwülste des Ohres kommen nicht so selten vor als man bis jetzt angenommen hat und es ist nicht schwer, den klinischen Verlauf dieser Erkrankung mit der Annahme, dass das Cholesteatom nach Annahme der pathologischen Anatomen eine wahre Neubildung sei, zu vereinen. Es wird darauf hingewiesen, dass manche Cholesteatome des Schläfenbeins sich aus Epithelmassen entwickeln können, die in drüsenartigen Einsenkungen der Paukenschleimhaut abgeschlossen sind und dass zufällig hinzutretende Entzündungen den Anstoss zu stärkerer Entwicklung der Epithelien geben.

Eine Analogie der Cholesteatombildung besitzen wir in der Entwicklung der Atherome. Auch hier bestehen derartige, aus Epithelmassen zusammengesetzte Tumoren lange Zeit hindurch, ohne sich zu vergrössern und ohne Störungen zu veranlassen, bis plötzlich nach irgend einem zufälligen Insulte Entzündungserscheinungen an der Geschwulst hervorgerufen werden. Es bilden sich darauf zuerst Erweichungen in den centralen Partien, worauf weiterer Zerfall und ausgebreitete Zerstörungen der umgebenden Weichtheile und Knochen erfolgt. Auf solche Weise lässt sich auch bei den Ohrcholesteatomen die Entstehung der so häufig

Digitized by Google

im Innern derselben gefundenen Detritusmassen, verkästen Eiters, erklären. Auch ein derartiges Cholesteatom kann also als primäre Neubildung, nicht als Product von Exsudatretention angesehen werden. Bezüglich der Therapie soll man sich nicht blos darauf beschränken, einzelne Theile der Geschwulst aus der Paukenhöhle oder aus dem Antrum mastoid. durch den äusseren Gehörgang mittels Sonde und anderer Instrumente zu beseitigen, sondern die Geschwulst in toto entfernen. Durch Aufmeisselung des Proc. mastoid. lässt sich das Antrum mastoid., der häufigste Sitz dieser Erkrankung, in genügender Ausdehnung zugänglich machen, und es kann auf diese Weise die in solchen Fällen fast regelmässig hinzutretende letale Complication verhütet werden.

Kirchner.

Taubheit durch Pilocarpin geheilt. Von Dr. Corrado Corradi in Verona. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 26, Heft 1.)

Ein Mann von 88 Jahren, der im 41. Lebensjahre infolge einer Kopfverletzung sich eine eitrige Paukenhöhlenentzündung acquirirt hatte, wurde in kurzer Zeit von fast completer Taubheit, verbunden mit Uebelkeit, Erbrechen, unsicherem Gang, heimgesucht. Trotz des hohen Alters und der schlechten Prognose wurde ein Versuch mit subcutaner Pilocarpininjection gemacht und von einer Lösung aus Pilocarpin. muriat. 0,20, Aq. dest. 10,0 täglich in allmähliger Steigerung bis zum 4. Tage 1 Pravaz'sche Spritze (0,02 Pilocarpin) injicirt und dieselbe Dosis 24 Tage lang fortgesetzt. Die Hörweite besserte sich nach 30 Tagen so bedeutend, dass laute Sprache rechts 4 Meter, links 50 Ctm. deutlich gehört wurde.

Der Verfasser stellt am Schlusse seiner Abhandlung bezüglich der Pilocarpinbehandlung noch folgende Sätze auf:

1. Die Pilocarpinkur bei Labyrinthaffectionen kann auch in höherem Alter versucht werden.

2. Zweifelhaft ist, ob die gute Wirkung des Pilocarpinum sich auch auf veraltete Mittelohraffectionen erstreckt; sicher ist, dass sie, was das Labyrinth anbelangt, nicht von einer gleichzeitigen hyperplastischen Mittelohrentzündung vernichtet wird.

3. Wenn das Mittel gut ertragen wird, muss man, wenn auch die gewöhnliche Pilocarpinwirkung erreicht ist, nach einigen erfolglosen Einspritzungen zu grösseren Dosen übergehen.

4. Es ist von Interesse, bei jeder derartigen Behandlung neben der Art und Ordnung der Injectionen auch die im Ganzen gebrauchte Quantität des Mittels anzugeben. Kirchner.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Clonischer Zungenkrampf. (Spasme clonique de la langue.) Von Dr. Seppilli. (Rivista sperimentale di freniatria e medicino legale, F. IV, 1886, und Revue mens. de laryngologie No. 1, 1887.)

Selten allein vorkommend, wurde ein solcher Fall bei einer wahnsinnigen 30jährigen Frau zwei Mal beobachtet; er war halbseitig, unwillkürlich, 40 — 50 Mal in der Minute, Sprache und Schlucken nicht behindernd. Verf. sieht ihn als eine Neurose des Nervus hypoglossus an; Faradisation und Bromkalium sind sehr wirksam. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of the Tonsil of the Tongue. With History of Cases.) Von J. W. Gleitsmann in New-York. (Med. Record, 17. Dec. 1887.)

Die Mehrzahl der Individuen, bei denen G. Hypertrophie des zwischen Epiglottis und Papillae circumvallatae gelegenen adenoiden Gewebes constatiren konnte, stand zwischen dem zwanzigsten und vierzigsten Lebensjahre. Die Klagen der betreffenden Patienten bestanden in Folgendem: 1) Gefühl von Druck oder einem Fremdkörper im Halse. 2) Beschwerden beim Sprechen und Singen. 3) Schmerzempfindung bei subacuter Entzündung des Drüsengewebes. 4) Ausstrahlende Schmerzen. 5) Husten. 6) Asthmatische Anfälle. Nicht wenige Fälle von Globus hystericus beruhen auf dieser Hypertrophie.

Bei der Behandlung stellen sich nicht immer die gröbsten Hypertrophien als die hartnäckigsten heraus. G. hat die besten Resultate mittelst der Galvanocaustik erzielt; nebenbei zog er auch Lugol'sche Lösung, Höllenstein in Substanz (an die Sonde angeschmolzen) und die Drahtschlinge in Anwendung. — Vier sorgfältige Krankengeschichten und ein erschöpfendes Literaturverzeichniss begleiten den Artikel.

A. Sch. (N.-Y.)

Ein Papillom der Uvula. (Papilloma of the Uvula.) Von W. F. French in Noroton, Conn. (Med. Record, 31. Dec. 1887.)

Dreissigjähriger Mann, zolllanges, mit dünnem Stiel dem untern Ende der Uvula aufsitzendes Anhängsel mit einem Durchmesser von 1/4 Zoll, von vorn nach hinten abgeflacht. Entfernung durch Scheerenschlag. Keine microscopische Untersuchung. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber eine Modification der Amputation des Zungenkrebses. (Sur un procédé d'ablation du cancer de la langue.) Von Dr. Richelot (Union médicale, Juillet 1886, und Revue mens. de laryngol. No. 1, 1887.)

Man soll operiren in allen Fällen, wo noch keine visceralen und Drüsenerscheinungen vorhanden sind; das Leben wird bedeutend dadurch verlängert. Natürlich am besten wäre es, wenn man die Diagnose in stadio nascenti stellen könnte. Verf. verwirft den Ecraseur, Thermocauter, die galvanische Schlinge und die elastische Ligatur; er wendet auf den Rath Péan's drei lange gebogene Pincetten an, von denen die erste transversal hinter den Tumor angelegt, die zweite in der Längsrichtung und die Zunge in zwei ungleiche Hälften theilend, die dritte unter dem Tumor, letzteren von dem Boden der Mundhöhle trennend, angelegt wird. Die Amputation wird dann unterhalb der Zangen ausgeführt.

Der Erfinder dieser Methode liess die Pincetten während 24 Stunden liegen, dann wäre keine Blutung mehr zu fürchten. Schlecht von den Patienten vertragen, hässlich für die Umgebung anzusehen, ersetzt Richelot selbe gleich nach der Operation durch Massensuturen, welche er dicht an die Pincetten anlegt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein Fall von vollständiger Verwachsung des weichen Gaumens mit der Rachenwand. (A Case of Complete Adhesion of the Soft Palate to the Pharynx, with an Operation for its Cure.) Von E. Harrison Griffin in New-York. (Med. Record, 14. Januar 1888.)

Der Fall betraf einen 44j. Matrosen mit syphilitischen Antecedentien und ausgedehnten Zerstörungen in der Nase. Blutige Durchtrennung der Verwachsung und Offenhalten mittelst Sonden von geeigneter Gestalt.

A. Sch. (N.-Y.)

Ein feststellbarer Gaumenhaken. (A Self-retaining Uvula- and Palate-Retractor.) Von W. Peyer Porcher in Charleston, S. C. (Med. Record, 14. Jan. 1888.)

Am vorderen Ende des Gaumenhakens ist ein Schlitten verschiebbar, der zwei Ringpelotten trägt, welche an das Gesicht, neben den Nasenflügeln, gedrängt werden. Am Gaumenhaken selbst ist eine Reihe Oeffnungen angebracht, in welche eine am Schlitten befestigte Feder einspringt. Hierdurch kann das Instrument den Dimensionen der betreffenden Theile des Patienten angepasst werden. (A. Sch. N.-Y.)

Anwendung des Cocain als Palliativum bei acuter Amygdalitis. (Sur l'emploi de la cocaine appliquée au traitement palliatif de l'amygdalite.) Von Dr. Boeckel. (Gazette médicale de Strasbourg, Avril 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1887.)

Verf. räth das öftere Bepinseln mittelst einer 5—10procent. Cocainlösung an.

Dr. P. K.

Mandelschanker. (Du chancre de l'amygdale.) Von Dr. Boeck.

Verf. giebt drei Krankengeschichten von primärem Mandelschanker. Ein 19jähriges, nicht deflorirtes, ein 14jähriges und 24jähriges Mädchen. Diese Mandelschanker kommen wahrscheinlich, wenn die Patienten dieselben Utensilien beim Essen gebraucht haben wie wirklich Inficirte; die Anschwellung der am hinteren Unterkieferwinkel gelegenen Lymphdrüsen ist ein pathognomonisches Symptom; die secundären Erscheinungen bestätigen die Diagnose. A. Graaroud erzählt drei Fälle von Mandelschanker durch Ansteckung in derselben Familie: ein 24jähriger Mann, seine 35jährige Schwester, der 80jährige Vater beider hatten alle Drei Mandelschanker; sie hatten dieselben Tassen und dieselben Tabakpfeifen gebraucht.

Dr. P. K.

Ereignisse, durch Mandelsteine hervorgebracht. (Des accidents causée par les calculs de l'amygdale.) Von Dr. Terillon. (Archives générales de médecine. Août 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 1, 1887.)

Einfache Anginen, welche gewöhnlich in Abscess übergehen und sich häufig wiederholen, Dyspnoe, Dysphagie, Oedem der Pharyngolaryngealfalten; Heilung nur nach Entfernung des Steines. Polaillon berichtet einen Fall, wo eine Patientin nach einem anscheinend einfachen Abscess einen sogenannten chronischen Abscess behielt; mehrere Aerzte dachten an einen malignen Tumor, was recht gut vorkommen kann; endlich fühlte P. mittelst des Fingers an der hinteren Mandelfläche und sah

Digitized by Google

auch später mit dem Spiegel eine harte, kleine, gelbe Prominienz, man machte die nothwendigen Einschnitte ohne Anaesthesie und holte das Corpus delicti mittelst Zangen heraus. Dr. P. K.

Ueber einen Fall von Tracheocele. (Observation de trachéocèle.) Von G. Daremberg und A. Verneuil. (Revue de chirurgie, Mai 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1887.)

Ein 73jähr. Mann klagte über intermittirende und ohne nachweisbare Ursache auftretende Erstickungsanfälle. Ein linksseitig bestehender Tumor wurde als von der Schilddrüse ausgehend angesehen; er nahm unter Jodbehandlung ab; Larynxinneres gesund. Nach einem Jahre sah man, dass der indess fingerklein gewordene Tumor beim Husten sich aufblähte und dann wieder verschwand; das rechte Stimmband ist jetzt unbeweglich; Larynxpfeifen besteht noch ebenso stark wie im Beginn der Krankheit; Auswurf enthält weder Blut noch Eiter; Larynx ganz beweglich, Hals im Allgemeinen etwas zu dick, Trachea nach rechts etwas abweichend, Schlingbeschwerden, leicht eintretendes Fehlschlucken, rechts oben Dämpfung; Tumor erscheint plötzlich und geht ebenso leicht wieder zurück. Nach geeigneter Behandlung bessern sich die Symptome. Die Diagnose einer linksseitigen Struma wurde dahin geändert, dass D. und V. eine Tracheocele annahmen, welch' letztere von der hinteren Trachealwand ausgehend sich zwischen Trachea und Oesophagus gelegt hat und nach der linken Seite hin hervorquoll; die im Anfangsstadium sehr kleine Communicationsöffnung mit der Trachea und die damit verbundene Unmöglichkeit, den Sack ganz nach der Trachea zu zu entleeren, erklären die Anfangs auftretenden Erstickungsanfälle. Prognose schlecht wegen der Erstickungsanfälle. Man muss also die Tracheotomie machen und Patient muss die Canüle tragen. Dr. P. K.

Traumatische Tracheocele. (Trachéocèle traumatique.) Von Dr. Ferdinand Giraud. (Revue de chirurgie No. 1, 1887, und Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1887.)

Eine 41jähr. Frau kommt mit einer klaffenden Halswunde in's Spital: Sternocleidomastoideus, Scaleni, Jugularis externa sind nebst der Haut durchschnitten. Nach einiger Zeit blieb blos mehr eine Hautwunde zurück. In Folge einer heftigen Bronchitis trat nun linkerseits eine weiche, ausdehnbare und reducirbare, mit dem Husten erscheinende und mit dem Aufhören des letzteren wieder verschwindende Geschwulst auf; keine Resonanz und kein Knistern. Verf. schliesst mit Recht, dass die Trachea mitverletzt war, aber schnell heilte und durch die Hustenstösse wieder durch Dehnung des Narbengewebes eröffnet worden sei.

Dr. P. K.

Larynxpapillom. (Papilloma of larynx.) (Lancet, 24. December 1887.)

Mr. Jordan Lloyd theilte in der Midland Medical Society den Fall eines $^5/_8 : {}^1/_2$ Zoll messenden Papilloms mit, welches er nach fruchtlosen Versuchen der Operation mit der Zange mittelst des Schwammes mit gutem Erfolge operirte. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Trachealpolyp. (Polype de la trachée.) Von Dr. Langlet. (Union med et scient. du N. Est, Février 1887, und Revue mens. de laryngologie No. 7, 1888.)

L. zeigt das Präparat einer Leiche, welche suffocatorisch zu Grunde gegangen war; das Laryngoscop gab ein negatives Resultat und die blutige Operation wäre auch fruchtlos gewesen. Der Ref., Dr. Natier, behauptet mit Recht, dass man ja leicht bei den meisten Patienten die Trachea untersuchen kann und dass man jedenfalls die tiefe Tracheotomie event. die Exstirpation durch die künstliche Oeffnung hätte versuchen sollen. Dr. P. K.

Ein Fall von Larynxpolyp. Spontane Entfernung. Heilung. (Un cas de polype du larynx. Expulsion spontanée. Guérison.) Von Dr. Charazac. (Association française pour l'avancement des sciences. Session de Toulouse 1887.)

Ein erdbeergrosser Polyp bei einer 33jähr. Frau, dessen Sitz nicht genau bestimmt werden konnte; die Geschwulst nahm zu, das Athmen wurde beschwert und in einem Erstickungsanfall wurde der ganze Polyp ausgehustet. Man konnte nun deutlich die Insertionsstelle am vorderen Theile des rechten Stimmbandes sehen; es muss ein sehr dünner Stiel gewesen sein; nach einiger Zeit war auch laryngoscopisch nichts Pathologisches mehr nachzuweisen. Dr. P. K.

Telangiectatisches Papillom von grosser Ausdehnung; Ausreissen desselben; Heilung. (Papillome télangiectasique laryngien de grandes dimensions; arrachement; guérison.) Von Dr. Ariza. (Revista di laringologia, Februar 1887 und Archives de laryngologie, de rhinologie et des premières voies respiratoires et digestives von Dr. Albert Ruault.)

Eine 75jährige Frau hat Erstickungsanfälle; das Laryngoscop zeigte ein grosses, vom linken falschen Stimmbande ausgehendes Papillom. Beim ersten Extractionsversuch mittelst der Fauvel'schen Zange trat ein heftiger Erstickungsanfall mit starker Blutung ein; wegen der Annäherung des Kinnes an das Sternum war die Tracheotomie unmöglich; wegen Ossification der Knorpel war die Laryngotomie sehr schwierig. Bei einem neuen Extractionsversuch mittelst der Mackenzie'schen Zange traten Erstickungsanfall und neue Blutung ein; es gelang jedoch, ein Stück herauszubefördern und man sah nun, wie der sitzengebliebene Theil collabirte. Jodglycerin und Galvanocauter brachten den Rest zum Verschwinden. Verf. stellte die Diagnose auf telangiectatisches Papillom, von welcher Krankheit er nur zwei Beispiele, eins von Fauvel und ein anderes von F. Hooper, in der Literatur auffinden konnte.

Dr. P. K.

Blosslegung der vorderen Bündel des Rückenmarks in Folge eines syphilitischen, an dem oberen Theile des Pharynx gelegenen Geschwürs; Medullarstörungen; Heilung. (Dénudation des faisceaux antérieurs de la moëlle consécutive à une ulcération syphilitique de la partie supérieure du pharynx; troubles mé-

Digitized by Google

dullaires; guérison.) Von Dr. A. G. Hobbs. (Congrès international de Washington und Annales des maladies du larynx No. 10, 1887.)

Ein Ochsentreiber aus Texas hat am oberen Pharynxtheile ein tiefes, etwa fünfzigpfennigstückgrosses Geschwür, aus dessen Tiefe mittelst scharfem Löffel, Sonde und Spritze während einiger Wochen kleine Knochenfragmente entfernt wurden. Trotzdem dass Syphilis geläugnet wurde, wurde dennoch die antisyphilitische Behandlung eingeleitet und örtlich mittelst Cisterin, Argentum nitricum und Jodol behandelt. Es traten Schmerz und Steifheit im Nacken ein; während dem Reinigen des Geschwürs trat plötzlich rechtsseitige Lähmung ein, welche nach einer halben Minute verging; am anderen Tage trat dasselbe Phänomen auf der linken Seite ein. Die Heilung ging nun langsam von Statten, der ganz heruntergekommene Patient nahm wieder an Kräften zu. Bei einem abermaligen Reinigen des Geschwürs trat von Neuem eine rasch vorübergehende Lähmung ein. Später, als die Wunde gut granulirte, trat bei Druck das Gegentheil der halbseitigen Lähmung auf, nämlich choreaartige Zuckungen zeigten sich; diese clonischen Krämpfe dauerten nur, so lange der Druck ausgeübt wurde; bei fortschreitender Heilung des Geschwürs brachte der Druck nur mehr auf der betreffenden Körperseite ein Gefühl von Zittern und Jucken hervor; endlich verschwand auch letzteres Symptom und der Druck blieb ohne Folgen. Die Heilung war vollständig. Dr. P. K.

Congenitaler Kiemenbogenrest am Halse. Von Dr. A. Onodi, Docent in Budapest.

J. D., 22jähriger Mediciner, hatte seit der Geburt links im mittleren Drittel des Halses eine Prominenz, über welcher die normale Haut leicht verschiebbar war. Das Gebilde, welches mittelst subcutaner Anwendung einer 10procentigen Cocainlösung exstirpirt wurde, lag frei in der oberflächlichen Halsfascie am vorderen Rande des M. sternocleidomastoideus mit dem ausgeprägten Aeussern des Knorpelgewebes. Die Prominenz, 8 mm breit, lag unter der Linie des oberen Schildknorpelrandes am vorderen Rande des genannten Muskels, von da erstreckte sie sich als eine dünne Knorpelleiste 28 mm nach unten, ohne eine innige Verbindung mit den umgebenden Geweben einzugehen. Der concave Rand der Leiste war zum Muskel gewendet, der convexe Rand gegen die Mittellinie gerichtet, aus diesem Rande gingen fünf Fortsätze nach vorne, deren Länge zwischen 1, 2, 3 und 4 mm variirten. Die histologische Untersuchung ergab das typische Bild des Netzknorpels. O. bespricht die entwickelungsgeschichtlichen Thatsachen und führt die congenitalen Fisteln und Knorpelreste des Halses auf Entwickelungsstörungen der embryonalen Kiemenspalten und Bogen zurück. Es ist der sechste beschriebene Fall.

Heilbarkeit der Phthisis durch antiseptische Behandlung. (La curabilité de la phthisie par le traitement aseptique.) Von Dr. Filleau, Dr. Léon Petit und Dr. Verneuil. (Journal de médecine de Bordeaux und Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, October 1887.)

Da der Tuberkelbacillus allen zerstörenden Einflüssen widersteht, da die antituberculöse Vaccination zuerst locale, dann allgemeine Tuber-

Digitized by Google

culose bewirkt und mithin unanwendbar ist, so muss man durch geeignete Mittel die eigentliche Unbefruchtbarkeit der Bacillen bewirken. Wenn man also sogenannte Specifica entdecken könnte, welche den Organismus dem Einfluss der Tuberkelbacillen widerstandsfähig machen könnten, so wäre die Aufgabe gelöst.

Gleich Anfangs bei diesen Experimenten muss man eine Culturflüssigkeit suchen, welche allen Anforderungen entspricht. Nocard und Roux haben eine solche gefunden: 100 Fleischbouillon, 1 Pepton, 0,5 Kochsalz, 1 Agar-Agar, 2 Gelatine und 8 Glycerin. In dieser Flüssigkeit wurden Tuberkelbacillen gezogen, nachdem man tuberculöse Masse, welche von mit reichlich Bacillen enthaltenden Sputis geimpften Meerschweinchen entnommen waren, hineingethan hatte. Mit diesen so gezogenen Tuberkelbacillen wurden 4 Kaninchen in zwei Sitzungen zu je 2 geimpft; nach 2 Monaten wurde von jeder Serie ein Kaninchen getödtet und man fand Tuberculose; die 2 anderen Kaninchen starben später, trotz aller Pflege, an Tuberculose. Die so als echt geprüfte Tuberkelmaterie wurde in Röhrchen gelegt, welche ausser der obengenannten Ernährungsflüssigkeit je 2 Carbolsäure, Natr. hyposulfurosum, Chloroform, Jodoform, Thymol, Eucalyptol, Anilinöl enthielten. Die im Urtext nachzulesenden sehr interessanten Experimente bewiesen nun, dass die Carbolsäure, im chemischen Laboratorium wenigstens, bei Zerstörung der Tuberkelbacillenherde allen anderen Antisepticis vorzuziehen ist. Experimente an Thieren haben bewiesen, dass tuberculöse Kaninchen der Krankheit desto eher widerstanden, je rascher nach der Impfung die subcutanen Einspritzungen von Carbolsäure gemacht wurden.

Beim Menschen wandten die Autoren die hypodermatische Methode an. Alle 1 — 2 Tage wurden 5 Gramm einer 2procentigen wässerigen Carbollösung eingespritzt. Es darf keine locale Entzündung eintreten. Bei eintretenden Vergiftungserscheinungen (Kopfweh zuerst, dann erst das Gefühl eines Fremdkörpers zwischen den Zähnen, Schwindel, grüner Urin) macht man eine Pause. Sind die Patienten zugleich scrophulös, so wenden die Verff. folgende Einspritzungen an: Jod 12, Kal. jodat. 3, Acid. carbol. 10, Wasser 1000. Will man zugleich Carbolsäure durch den Magen einbringen, so giebt man in Milch oder in einem aromatischen Infusum täglich 1 — 3 Esslöffel voll von folgender Flüssigkeit: Glycerin 400, Acid. carbolic. 2, Ol. Menthae pip. 4 gtt.; jeder Esslöffel dieser Tinctur enthält 0,20 Carbol. Manchmal geben die Autoren noch Clystiere von schwefeligsaurem Natron (4 zu 100) und Inhalationen mittelst folgender Flüssigkeit: Acid. carbol. 2, Ol. terebinthinae rect. 50, Ol. Picis liquidae 20, Eucalyptol secundum Merck 30, Chloroform 5 gtt., sive liquor vitae Hoffmanni X gtt.; sie werden ($^1/_4$stündliche Dauer) 4 — 6 Mal täglich gemacht.

In 6 Monaten (April bis October) wurden 122 Phthisiker so behandelt; das Resultat war folgendes: 30 Heilungen, 42 sehr gebessert, 19 gebessert, 16 in demselben Zustand, 8 schlechter, 7 todt.

Die Autoren geben die genaue Beschreibung der interessantesten Fälle und kommen zu folgenden Schlüssen: 1) Die Lungentuberculose ist nicht absolut unheilbar. 2) Eine wissenschaftliche Behandlung muss zum Zweck haben: a) die Entwickelung des Uebels zu hemmen, b) die Wunden zu heilen. 3) Die Heilung ist desto wahrscheinlicher, desto

Digitized by Google

früher die Behandlung eintritt; jedoch muss man die Phthisiker in allen ihren Stadien noch behandeln. Dr. P. K.

Fremdkörper im Bronchus. (Foreign body in bronchus.) (Lancet, 24. December 1887.)

Der Fall wurde von Dr. Hawkes vorgetragen in der Midland Medical Society. Ein 23 monatliches Kind hatte einen Schwanzwirbel im linken Bronchus in dem nach oben (!) abgehenden Aste. Es wurde vergeblich versucht, durch Tracheotomie den Fremdkörper zu entfernen; das Kind starb am zehnten Tage. Dr. M. Schm.

Ueber Actinomycosis. (Sur l'actinomycose.) (Académie de médecine de Paris, séance du 2 Novembre 1887. Prix Daudet en 1887.)

Die Beschreibung beruht auf 35 in den Schlachthäusern von Besançon beobachteten Fällen. Meistens in Italien und in Deutschland, weniger im Osten Frankreichs vorkommend, befällt sie meist den Ochsen; der Parasit dringt durch irgend eine kleine Wunde an den Kiefern ein. Folgt nun die ganze Beschreibung der Krankheit, wie sie beim Rindvieh vorkommt. Verf. hat Cultur- und Impfversuche angestellt. Auf Hunden, Meerschweinchen und Katzen waren die Resultate negativ; auf Schafen waren die Impfresultate positiv, obgleich man nirgends einen Fall von Actinomycose beim Schaf beschrieben findet. Das Leiden ist auf den Menschen übertragbar; Verf. erwähnt die 55 von Palt in der Gesellschaft der Wiener Aerzte beschriebenen Fälle und giebt Massregeln zur Verhütung der Ansteckung. Dr. P. K.

Société Française d'Otologie et de Laryngologie.

Paris, le 16 Février 1888.

Très honoré et savant Collègue!

Conformément à l'Article 12 du Statut-Réglement, l'ouverture de la Session Générale aura lieu Jeudi, 26 Avril prochain; le lieu et l'heure de la réunion seront indiqués ultérieurement dans la circulaire de l'Ordre du jour des séances.

1. Art. 29. „Le manuscrit de tout mémoire présenté ou lu dans les séances de la Session sera écrit en Français."

„Il doit être adressé au Sécrétaire ou déposé, au plus tard sur le bureau, dans la séance ou doit avoir lieu la lecture."

A défaut du manuscrit, de titre des communications sera adressé à M. le Secrétaire avant le 25 Mars prochain.

2. Art. 4. „Pour être nommé Membre Titulaire, il faut remplir les conditions suivantes:

1. Etre Docteur en Médecine,
2. Adresser une demande d'admission à M. le Secrétaire;
3. Joindre à cette demande un Mémoire imprimé ou inédit sur les travaux dont s'occupe la Société;
4. Etre présenté par deux membres titulaire."

Digitized by Google

3. Art. 39. „Tout Membre qui après deux avertissement officiels, aura laissé s'écouler une année entière sans verser entre les mains du Trésorier, M. le Docteur Ménière, 3, Place de la Madelaine, le montant (15f) de sa cotisation sera considéré comme démissionnaire."

Pour le Comité:

Le Secrétaire Dr. Moura,
72bis Rue d'Amsterdam.

Berichtigung.

In dem Aufsatze: „Ueber den Zusammenhang von chronischen Verstopfungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit Unterleibsbrüchen" von Dr. W. Freudenthal steht auf Seite 339 Jahrg. 1887, (Decemberheft) an mehreren Stellen irrthümlich „Feminal-Hernie" statt „Femoral-Hernie".

Inhalt.

I. Originalien: Rüdinger: Zur Anatomie der Entwickelung des inneren Ohres. (Schluss.) — Weil: Zur Behandlung der Pharyngitis chronica. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Wagenhäuser: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Ohres. — Stacke: Die Behandlung der Otorrhoe mit Borsäurepulver. — Bezold: Antwort auf „Die Behandlung der Otorrhoe mit Borsäurepulver etc. von Dr. Stacke". — Savage: Ueber Verwerthung des positiven und negativen Valsalva'schen Versuches in der Behandlung von Mittelohrleiden. — Bacon: Ueber den Gebrauch von Schröpfköpfen statt Blutegeln bei acuten Entzündungen des Ohres. — Thormer: Erysipel der Ohrmuscheln. — Hessler: Otitis durch Infection. — Kuhn: Caries des Schläfenbeins mit Prolapsus cerebelli. — Kuhn: Zur Cholesteatomfrage. — Corradi: Taubheit durch Pilocarpin geheilt. — b) Pharyngo-laryngologische: Seppilli: Clonischer Zungenkrampf. — Gleitsmann: Ueber Hypertrophie der Zungentonsille. — French: Ein Papillom der Uvula. — Richelot: Ueber eine Modification der Amputation des Zungenkrebses. — Griffin: Ein Fall von vollständiger Verwachsung des weichen Gaumens mit der Rachenwand. — Porcher: Ein feststellbarer Gaumenhaken. — Boeckel: Anwendung des Cocain als Palliativum bei acuter Amygdalitis. — Boeck: Mandelschanker. — Terillon: Ereignisse, durch Mandelsteine hervorgebracht. — Daremberg und Verneuil: Ueber einen Fall von Tracheocele. — Girand: Traumatische Tracheocele. — Lloyd: Larynxpapillom. — Langlet: Trachealpolyp. — Charazac: Ein Fall von Larynxpolyp; spontane Entfernung; Heilung. — Ariza: Telangiectatisches Papillom von grosser Ausdehnung; Ausreissen desselben; Heilung. — Hobbs: Blosslegung der vorderen Bündel des Rückenmarks in Folge eines syphilitischen, an dem oberen Theile des Pharynx gelegenen Geschwürs; Medullarstörungen; Heilung. — Onodi: Congenitaler Kiemenbogenrest am Halse. — Filleau, Petit u. Verneuil: Heilbarkeit der Phthisis durch antiseptische Behandlung. — Hawkes: Fremdkörper im Bronchus. — Ueber Actinomycosis. — Société Française d'Otologie et de Laryngologie. — Berichtigung.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Beiliegend eine colorirte Tafel.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXII. **Berlin, April 1888.** **No. 4.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Experimenteller Beitrag zur Frage über die Function der Schnecke.

Von

E. M. Stepanow (in Moskau).

In der vorliegenden Arbeit bemühte ich mich, auf experimentellem Wege die Frage zu erörtern, ob mit der Zerstörung des oberen Theils der Schnecke die Perception der niedrigen Töne verloren geht, wie das die herrschende Hypothese annimmt — und Baginsky's Experimente[1]) zu beweisen scheinen.

Der Anzeige Gellé's[2]) folgend, habe ich als Versuchsobject die Meerschweinchen gewählt. Die Schnecke liegt bei diesem Thiere in der bulla ossea frei hinter dem Trommelfell; sie ist nach der Spaltung des letzteren für Instrumente leicht zugänglich, so dass die Nebenverletzungen beim Experiment bis auf's Minimum reducirt werden.

Was die Untersuchungsart des Gehörs der operirten Thiere betrifft,

[1]) Monatsschrift f. Ohrenh., 1883, S. 153.
[2]) Suite d'études d'otologie, 1881. Paris, S. 323.

Digitized by Google

so konnte ich mich in Betracht des vorgelegten Zweckes nicht mit der Constatirung des einfachen Factums begnügen, dass das Thier hört oder nicht hört, wie das Gellé that; ich musste das Gehör mit allen Tönen der musikalischen Tonleiter, mit den hohen, wie den niedrigen, hauptsächlich mit den letzteren untersuchen. Dabei musste ich irgend ein objectives Zeichen finden, das als sicherer Beweis dienen könnte, dass gewisse Schallreizung von dem Thiere wahrgenommen wird; oder mit anderen Worten, man musste einen solchen acustischen Reflex finden, der erstens anschaulich wäre und zweitens sich durch Beständigkeit und Fühlbarkeit auszeichnete und nicht zu Irrthümern führen könnte. Als ein solches Zeichen erscheint beim Meerschweinchen die Reflexbewegung der Ohrmuscheln. Als acustischer Reflex ist diese Bewegung so eigenartig und characteristisch, dass sie mit irgend welchen anderen Bewegungen derselben nicht verwechselt werden kann, und zugleich ist sie soweit beständig, dass sie fast nicht schwächer wird, so oft wir auch ein und denselben Schall wiederholen.

Indem ich die Aeusserungen des Reflexes prüfte, überzeugte ich mich, dass, der Klangfarbe gemäss, einige Instrumente ihn stark, andere schwach erregen, und dass es Instrumente giebt, deren Töne fast keinen Reflex hervorbringen. Zur ersten Categorie gehören: Violine (besonders die Quinte-Saite, pizzicato), Harmonika (mit stählernen Züngelchen), B-Bass; hierher muss man auch die Galtonspfeife rechnen. (Die letztere lässt die Möglichkeit aufstellen, dass die oberste Grenze der Perception beim Meerschweinchen eben so hoch, wie beim Menschen liegt.) Zur zweiten Categorie gehört Clavier; beim aufgehobenen Deckel, wenn man das Thier ganz nahe an die Saiten hält, bringen die Töne eines grossen Concertclaviers den Reflex hervor, aber einen so schwachen und unbeständigen, dass aus dem negativen Ausfall der Untersuchung kaum eine Folgerung gemacht werden kann.

Beinahe gar keinen Reflex geben: Physharmonika, Violoncello und Stimmgabeln. Da die Untersuchung mit den Stimmgabeln sehr wünschenswerth wäre, so bemühte ich mich mehrmals, die Untersuchungsart mit denselben auszuarbeiten, die sie zu gebrauchen erlauben würde. So versuchte ich die Resonatoren mit dem Ohre des Thieres zu verbinden und stellte darauf die tönenden Stimmgabeln; bei solcher Combination brachten zuweilen die Töne der Stimmgabeln, für das menschliche Ohr kaum zu ertragen, beim Thiere nur einen schwachen und unbeständigen Reflex hervor. Vielleicht könnte man mit besonders grossen und massiven Stimmgabeln bei oben angezeigter Untersuchungsart den gewünschten Effect erzielen, aber solche hatte ich nicht zur Hand. Da ich aber kein anderes Zeichen hatte, das mir erlauben konnte, mit Sicherheit zu urtheilen, ob das Thier die Stimmgabeln hört oder nicht, so war ich gezwungen, sie bei Seite zu legen, d. h. von der Untersuchung mit möglichst reinen Tönen Abstand zu nehmen, — was den schwachen Punkt der vorliegenden Arbeit bildet.

Also — zur Prüfung des Gehörs in der ersten Serie der Versuche brauchte ich Galtonspfeife, Violine, Harmonika und B-Bass. Alle diese Instrumente stellen zusammen fast die ganze musikalische und aussermusikalische Scala der Töne dar.

In der zweiten Serie der Versuche gebrauchte ich zur Prüfung der

Digitized by Google

mittleren musikalischen Töne nicht die Harmonika, sondern drei andere Saiten der Violine, um die Gleichartigkeit der Klangfarbe einer möglichst grösseren Zahl der Töne zu erzielen. Ausserdem zur Vervollständigung der Untersuchung wurden die Thiere auch mit Geräuschen (Klatschen, Schiessen mit einer Kinderpistole) und menschlichen Stimmen (hop!) geprüft.

Es bleibt mir hier noch zu bemerken, dass die Energie des Reflexes fast proportionell mit der Höhe der Töne der Violine, der Harmonika, des B-Basses und der Pfeife wächst.

In der ersten Serie der Versuche wurden die Thiere auf dem Stellbrett fixirt; nach der Zerschneidung des Trommelfelles vor dem Hammer führte man in die Oeffnung eine dünne silberne oder stählerne Sonde, mit der die Spitzen der Schnecken zerstört wurden. Die Operation wurde bei künstlichem Lichte ausgeführt. Ganz besondere Aufmerksamkeit richtete man darauf, die Kette der Gehörknöchelchen nicht zu verletzen. So wurden gegen 30 Versuche gemacht, und unter ihnen nur vier mit Erfolg.

Die Ursachen des Misserfolges liegen theils in der unbefriedigenden Beleuchtung, theils im engen Operationsfelde, sowie in der Blutung nach der Zerschneidung des Trommelfelles und in der Schwierigkeit, den Kopf des Thieres ganz fest zu fixiren. Bei der Obduction der erfolglos operirten Thiere erwies sich, dass die eine oder zuweilen sogar beide Schnecken unversehrt geblieben oder, dass die Zerstörung zu grob und geräumig war. Es ist bemerkenswerth, dass, trotz der Unversehrtheit einer oder beider Schnecken, einige Thiere zuweilen während vieler Tage nach der Operation ganz taub schienen, resp. keine Reaction auf alle angewendeten Schallerzeuger äusserten. Die Ursache der Taubheit in ähnlichen Fällen war wahrscheinlich die Erschütterung des Labyrinths bei der Operation. Jedenfalls ist die Beobachtung in jeder Beziehung wichtig, weil sie zeigt, wie vorsichtig man sich zu den negativen Resultaten der Gehöruntersuchung bei den Thieren verhalten muss.

Erster Versuch. — Einige Minuten nach der Operation reagirte das Thier auf die Galtonspfeife, alle Töne der Harmonika (f-f^2), des B-Basses (G^1-g) und auf das Klatschen. Am 2.—3. Tage wurde eine Schwächung der Reaction bemerkt: das Thier reagirte nicht auf die Pfeife, einzelne Töne der Harmonika, die niedrigsten Töne des B-Basses (bis zu D und C der grossen Octave) und auf das Klatschen. Die Reaction bekommt man auf die höheren Töne des B-Basses, von D (2. Tag) und C (3. Tag) beginnend; auf die Gruppen der Töne der Harmonika und am 3. Tage auch auf das Geräusch (Klatschen). — Am 4. Tage wieder eine vollständige Reaction auf alle Töne der angegebenen Instrumente, auch auf die Töne der Quinte-Saite der Violine (pizzicato und mit dem Bogen), die zum erstenmal bei der Untersuchung angewendet wurde. Getödtet an demselben Tage. Bei der Obduction erwies sich Folgendes: Rechts 4. und 3. Windungen sind zerstört, die 2. Windung ist auch theilweise verletzt; links auch Zerstörung der 4. und 3. Windungen, die Knochenkapsel der 2. Windung ist stark verletzt.

Zweiter Versuch. Gleich nach der Operation wurde das Thier mit denselben Schallquellen und mit demselben Resultat, wie im vorhergehenden Falle, untersucht. Am 2. Tage — die Abnahme des Gehörs

Digitized by Google

und zwar keine Reaction auf die Pfeife und einzelne Töne der Harmonika. Das Thier reagirt nur auf mehrere Töne der letzteren zusammen (auf 3), auf alle Töne des B-Basses, auf Geräusch (Klatschen) und Stimme (hop!). Am 3. Tage schien die Reaction auch auf einzelne Töne der Harmonika und am 4. Tage auf alle Töne der angegebenen Instrumente, die Quinte-Saite der Violine eingeschlossen, mit der das Thier zuerst untersucht wurde. An demselben Tage bekam das Thier einen starken Krampfanfall (Rotation um die Längsaxe des Körpers und Aufspringen nach oben), nachdem wurde am folgenden Tage absolute Taubheit constatirt. Bei der Obduction wurde rechts ein Abbruch der Schneckenkapselspitze gefunden; die Trennungslinie geht längs dem Anfangstheile der 3. Windung; links eine geräumige Zerstörung der 4., 3. und 2. Windung.

Dritter Versuch. Nach der Operation reagirte dieses Thier auf die allerhöchsten Töne der Galtonspfeife (der niedrige Theil der Pfeifenscala brachte keine Reaction hervor), alle Violintöne (e^1-a^4), die höheren Töne der Harmonika (f^1-f^2) und auf niedrigere Töne desselben Instruments nur gruppenweise (auf 3 Töne zusammen). Keine Reaction auf die niedrigsten Töne des B-Basses, Stimme und Klatschen. — Am 2. Tage vollständige Reaction auf alle Töne der Instrumente; keine Reaction auf alle Töne der Pfeife. Vom 4. bis 8. Tage, wo das Thier getödtet wurde, vollständige Reaction auf alle Töne der Instrumente, der Pfeife und die Geräusche.

Obduction. Rechts ist die untere äussere Abtheilung des Gehäuses der 2. und 3. Windung abgerissen; der abgebrochene Theil ist nach unten abgebogen; das Gehäuse der 4. Windung ist in loco gebieben. Links ist der untere äussere Theil der Kapsel der 3. Windung abgerissen; die 2. Windung ist beschädigt. Die Schneckenspitze ist beweglich und bedeckt theilweise den Kapseldefect der 3. Windung.

In allen 3 Versuchen wurden keine reactive Erscheinungen in dem mittleren Ohre gefunden.

Vierter Versuch. Gleich nach der Operation Reflex nur auf den Schuss. Bis zum 8. Tage schien das Thier absolut taub. An diesem Tage — Reaction auf die Töne des B-Basses von D, am 9. Tage von H (grosse Octave) beginnend und darüber; am 10. Tage nur auf die zwei obersten Töne des B-Basses (f und g, kleine Octave) sowie auf die Töne a und h einer anderen kleineren Trompete. Am 8. und 9. Tage wurde auch Reflexbewegung auf den Schuss bemerkt. Die anderen Instrumente blieben reflexlos.

Obduction am 10. Tage. Die beiden Trommelhöhlen sind mit Eiter gefüllt. Rechts vollständige, links sehr geräumige Zerstörung der 2., 3. und 4. Windungen.[3])

Da ich leider, durch Umstände verhindert, die Präparate microscopisch nicht untersuchen konnte, so unternahm ich eine neue Serie der Versuche, um diese Lücke auszufüllen.

In der zweiten Serie der Versuche wurde das Operationsver-

---

[3]) **Die hier beschriebenen macroscopischen Präparate nebst Mittheilung über die erhaltenen Resultate wurden in der K. M. Naturforschergesellschaft im September 1886 demonstrirt. Die vorläufige Mittheilung wurde in »Med. Obosz.« No. 20, 1886, gedruckt.**

Digitized by Google

fahren etwas anders als früher angestellt. Erstens wurde die Operation der Zerstörung der Schnecken unter leichter Chloroformnarcose ausgeführt, was die Fixation des Thieres sehr erleichterte; zweitens wurde das Trommelfell nicht durchschnitten, sondern mit der Sonde zerrissen, um die störende Blutung zu vermindern; drittens wurde die Operation ausschliesslich bei Sonnenlicht gemacht. Die Zweckmässigkeit dieser Modificationen erhellt daraus, dass von 10 Versuchen drei von Erfolg gekrönt waren.

Die Labyrinthe der getödteten Thiere wurden in Flesch'scher Lösung fixirt, in $^1/_4$—$^1/_2$ pCt. Chromsäure mit einigen Tropfen von Acid. nitr. decalcinirt, in Celloidin eingebettet, endlich in Serienschnitte zerlegt. Färbung mit Carmin.

Fünfter Versuch. Gleich nachdem das Thier sich erholt hatte, bekam man eine Reaction auf alle Töne der Violine (alle Saiten), Stimme und Galtonspfeife. Am 3. Tage — positiver Ausfall der Reaction auf alle Töne des B-Basses, der Violine, der Pfeife, auf Stimme und Geräusch. Getödtet am 4. Tage. Die rechte Trommelhöhle ist von blutig-eitrigem Exsudate gefüllt; die drei oberen Windungen sind zerbrochen.

Microscopische Untersuchung. Die erhaltene erste und innere Abtheilung des 2. Ganges ist von blutig-eitrigem Exsudate voll; das Corti'sche Organ ist ganz verloren gegangen.

In dem perilymphatischen Raume des Vorhofes ist ein ähnliches Exsudat, doch in viel kleinerer Menge; in den perilymphatischen Räumen der vorderen und äusseren Ampulle eine kleine Hämorrhagie; durch einen kleinen Riss der Wand der äusseren Ampulle drang das Blut auch in ihr Lumen, — in dem Utriculus eine kleine Quantität desselben Exsudates; Sacculus frei; die Nervenendapparate sind ziemlich gut erhalten. In den halbzirkelförmigen Canälen nichts Besonderes. Links zeigt die Trommelhöhle keine Reactionserscheinungen. Die Spitze der Schneckenkapsel, der 4. und theils der 3. Windung entsprechend ist abgebrochen und nach unten gebogen. Auf der oberen äusseren Abtheilung der 3. und theils der 2. Windung ein bedeutender Durchbruch.

Microscopische Untersuchung. Corti'sches Organ ist in der ersten Halbwindung ganz gut erhalten, obschon man auch hier in dem Anfangstheil der Sc. tympani eine Anhäufung der Blutkörperchen sieht. In der zweiten Hälfte dieser Windung bemerkt man eine progressiv zunehmende Desorganisation des Corti'schen Organs, am meisten in dem letzten Viertel dieser Windung ausgeprägt. Am Anfange dieser Hälfte sind hauptsächlich äussere und innere Stützzellen zerstört; die Haarzellen schienen undeutlich; weiter sind innere und zuletzt auch äussere Haarzellen angegriffen, so dass wir im letzten Viertel nur Corti'sche Pfeiler mit Anhäufung der Zellenbruchstücke und Körner herum sehen. Ausserdem in ducto cochleari des 2. und 3. Viertels eine mässige Hämorrhagie. Aehnliche Veränderungen, nur schwächer ausgeprägt, bemerkt man im Anfange der 2. Windung, in deren weiterer Länge im 1. Drittel das Corti'sche Organ bei Weitem nicht so gut conservirt ist, als in der 1. Windung. Die Veränderungen äussern sich in dem Zerfallen der äusseren und inneren Stützzellen, die nur stellenweise sichtbar sind. Im 2. Drittel dieser Windung, wo im Schneckengange eine Hämorrhagie existirt, vergrössern sich die Veränderungen des Corti'schen Organs

Digitized by Google

bis zur vollständigen Zerstörung desselben. — Im Vorhofe ausser kleiner Hämorraghie in spatio perilymphatico nichts von Belang.

Also war der Nervenendapparat der rechten Schnecke total zerstört; in der linken Schnecke blieb Corti'sches Organ in der ersten Hälfte der 1. Windung und minder vollkommen in dem ersten Drittel der zweiten. Was die Veränderungen desselben in der zweiten Hälfte der 1. und 2. Windungen betrifft, so neige ich mich bezüglich der Entstehung derselben zu der Annahme, sie als Folgerung der Traumen (par contre-coup) zu betrachten; in der That localisirten sich dieselben hier, wie bei den folgenden Versuchen, hauptsächlich in den medialen Abtheilungen der Schneckengänge, der Stelle der Kraftapplication gegenüber.

Sechster Versuch. Das Thier reagirte gleich nach der Operation mit schlagender Energie auf alle Töne der Violine, des B-Basses, der Pfeife, auf Geräusche und Stimme. Getödtet am folgenden Tage.

Rechts. Die Schneckenkapselspitze, welche das Ende der 2. und die ganze 3. und 4. Windung einschliesst, ist abgerissen. Reactionserscheinungen in beiden bullae osseae fehlen.

Microscopische Untersuchung. Die Nervenendapparate in der ersten und im grösseren Theil der 2. Windung gut erhalten (etwaige Desorganisation der Stützzellen ausschliessend), trotz einer Hämorrhagie in dem dritten Viertel der letzteren. Vom letzten Viertel ab eine gänzliche Zerstörung des Corti'schen Organs. Im Vorhofe und in den Bogengängen nichts Besonderes.

Links. Die Schneckenspitze ist zwischen den Anfängen der 2. und der 3. Windung wie abgehauen.

Microscopische Untersuchung. Corti'sches Organ in der ersten Hälfte der Basalwindung ist unversehrt geblieben; in der 2. Hälfte sieht man den oben beschriebenen analoge Veränderungen (s. 1. Versuch, linkes Ohr), doch weniger ausgeprägt. Hier finden sich auch Blutungen in cavo tymp. et vestibuli und auch eine kleinere Blutung in ducto cochleari (3. Viertel). In der ersten Hälfte der 2. Windung ist Cortisches Organ wieder ziemlich gut; vom dritten Viertel an stufenweise sich vergrössernde Desorganisation bis zur vollständigen Vernichtung desselben; hier in ducto cochleari auch eine Hämorrhagie.

Also im 6. Versuche ist Corti'sches Organ rechts in der ersten Hälfte und in dem grösseren Theil der 2. Windung, links in den ersten Hälften der 1. und der 2. Windung unversehrt geblieben.

Siebenter Versuch. Das Thier schien nach dem Experimente fast während eines ganzen Monats absolut taub; da ich den Versuch als einen nicht gelungenen betrachtete, untersuchte ich am Ende des Monats das Gehör des Thieres nur alle 3—4 Tage. Zu meiner Verwunderung erschien beinahe vier Wochen nach der Operation ein Reflex auf alle Töne der Quinte-Saite, auf die Galtonspfeife und auf die Töne des B-Basses, von der grossen Octave anfangend. Bei der Obduction fehlten die Reactionserscheinungen in beiden Trommelhöhlen.

Rechts ist die äussere Peripherie der Kapsel der zwei letzteren Windungen abgerissen, die 2. Windung ist bedeutend verletzt.

Bei der microscopischen Untersuchung fand man das Corti'sche Organ gut erhalten in der ersten Hälfte der 1. Windung; am Ende dieser Hälfte zeigte sich schon ihre Desorganisation, zuerst die äusseren und

Digitized by Google

inneren Stützzellen betreffend und dann in dem dritten Viertel die äusseren, theils die inneren Haarzellen angreifend. Im letzten Viertel des Ganges nimmt das Corti'sche Organ wieder sein normales Aussehen und bleibt so fast in der ganzen Ausdehnung der ersteren Hälfte der 2. Windung, an deren Ende eine gänzliche Zerstörung desselben beginnt. Die Reste der übrigen Windungen und die Bruchstücke der Kapsel sind durch das zarte Bindegewebe, das alle Höhlen und Zwischenräume ausfüllt, verknüpft. Längs der Wände der Sc. tympani des ersten und zweiten Ganges bemerkt man stellenweise die Anhäufungen der Blutkörperchen.

Links. Die äussere obere Abtheilung der Kapsel der zwei letzten Windungen ist abgerissen, doch blieb sie in loco angewachsen. In dieser Schnecke ist Corti'sches Organ am wenigsten befriedigend erhalten, nur stellenweise — im 2. Viertel der ersten und im 2. und 3. Viertel der zweiten Windung sieht man es mehr oder weniger gut. Von dem Ende der zweiten Windung an ist es absolut vernichtet. Die Höhlen der letzteren Gänge sind zum Theil mit neugebildetem Bindegewebe längs der Wände verengt, zum Theil ganz von demselben ausgefüllt. In der Scala tympani der 1. Windung eine bedeutende Blutung. — Der unbefriedigende Zustand des Nervenendapparates ist vielleicht von ungenügender Fixation in der Osmiumsäure bedingt, da die Verletzung der Kapsel gut verwachsen war und man versäumt hatte, die neuen Oeffnungen derselben beim Einlegen des Präparates in die fixirende Flüssigkeit zu machen. In den Vorhöfen der letzten Labyrinthe war nichts von Belang gefunden.

Aus oben beschriebenen Versuchen folgt:

1. Dass die Meerschweinchen unmittelbar nach den bedeutenden Zerstörungen der oberen Abtheilungen der beiden Schnecken, trotz unvermeidlichen Ausflusses der Labyrinthflüssigkeiten, den acustischen Reflex auf alle Töne der angegebenen Instrumente äussern, auf hohe wie auf niedrige, sowie auf Geräusche, Stimme und aussermusikalische Töne.

2. Dass die Abnahme des Gehörs am 2. bis 3. Tage nach der Operation kaum von Bedeutung ist, da sie sich als flüchtig und gleichmässig für alle Töne eines jeden Instrumentes erweist. Es ist natürlich, dass man diese Verminderung des Gehörs an den niedrigen Tönen bemerkt, da schon beim gesunden Thiere diese Töne einen verhältnissmässig schwachen Reflex hervorrufen. Dass wirklich die Abwesenheit des Reflexes auf niedrige Töne bei diesen Versuchen nicht vom Verluste der Perception abhing, zeigt sich am besten dadurch, dass die niedrigen Töne der Harmonika, die einzeln keinen Reflex erzeugten, ihn gaben, wenn man sie zusammen anschlug, und dadurch die Schallerregung verstärkte.

3. Bei 4 von 7 Versuchen blieb fast ein gänzlicher Verlust des Gehörs nach dem Experimente im Verlauf einiger Tage, ja sogar einiger Wochen. Beim 4. Versuche konnte die Taubheit theils von der Erschütterung des Labyrinthes, theils von der nachfolgenden Entzündung des mittleren Ohres abhängen. Beim 7. Versuche kann sie nur durch die erste Ursache erklärt werden. Obgleich man bei diesem Thiere keine Reaction auf die niedrigsten Töne des B-Basses erhalten konnte, so kann dieser Versuch schwerlich eine Bedeutung zur Bekräftigung der Hypothese haben, weil man die Möglichkeit nicht ausschliessen kann,

Digitized by Google

dass die vollkommene Perception wieder hergestellt worden wäre, wenn das Thier noch länger gelebt hätte.

Bei der Vergleichung meiner Versuche mit denen von Gellé muss ich vor Allem erst hervorheben, dass in keinem derselben die Zerstörung so gross war, wie im einzigen erfolgreichen Versuche Gellé's, wo die Obduction nur die Unversehrtheit eines Theils der ersten Windung erwies.

Die von Gellé notirte Injection der Ohrmuscheln beoabachtete ich auch immer nach der Operation.

Oben schon ist die Ursache der Unmöglichkeit, mit reinen Tönen Untersuchung zu machen, gezeigt worden. In Anbetracht dessen entsteht natürlich die Frage, ob die Reaction beim operirten Thiere nicht von Obertönen abhing? Auf einige indirecte Anzeigen gestützt, glaube ich mit „nein" antworten zu können. In den günstigsten Versuchen, wo alle angezeigten Schallerzeuger den Reflex hervorbrachten, war er schwächer, als der normale, doch gleichmässig geschwächt für alle Töne eines jeden Instruments. Wenn die Operation die Perception der niedrigen Töne vernichtete und die erhaltenen Reflexe nur von Obertönen abhingen, so müsste man erwarten, dass die Reaction für niedrige Töne im Vergleich mit den hohen Tönen verhältnissmässig schwach wäre, was in der That nicht der Fall war. Besonders augenfällig hätte sich das erwiesen an den 5 und 6 Versuchen bei der Prüfung mit allen Saiten der Violine, d. h. mit dem grösseren Theil der Töne der musikalischen Scala von gleichförmigem Timbre.

Also stehen meine Resultate in directem Widerspruche mit dem wichtigsten Baginsky'schen Ergebniss. Die Ursache liegt, meines Erachtens, darin, dass die Schlussfolgerung Baginsky's auf negativem Resultate der Gehörprüfung begründet ist; auf Grund meiner Beobachtungen erachte ich für nöthig, äusserst vorsichtig mit ähnlichen Resultaten umzugehen. Daraus dass das Thier auf bekannten Schall nicht reagirt, kann man noch nicht schliessen, dass es ihn nicht hört; denn derselbe Schall, wenn er verstärkt oder von anderem Timbre genommen wird, kann manchmal einen deutlichen acustischen Reflex erzeugen.

Diesen Streitpunkt bei Seite lassend, ist es nicht schwer zu sehen, dass im Uebrigen sich beide Arbeiten zusammen ergänzen. Baginsky konnte schliesslich nicht Tondefecte nach der Zerstörung der mittleren und unteren Abtheilung der Schnecke erhalten; in meinen Versuchen bemerkte man auch nach der Zerstörung der oberen und theils der mittleren Abtheilungen der Schnecke die Tondefecte nicht. Also, soweit man nach den Thierexperimenten urtheilen kann (wenn man die uns interessirende Frage als eine auf experimentellem Wege zu lösende betrachtet), kann von der Localisation der Aufnahme der verschiedenen Töne in verschiedenen Abtheilungen der Schnecke bisher keine Rede sein. Die Resultate der Experimente sind mehr geeignet, die andere Ansicht über die Function der Schnecke, nach der jedes Nervenendelement der Schnecke alle Töne zu percipiren fähig ist (Voltolini), factisch zu begründen.[4])

[4]) Ich benutze die Gelegenheit, meinen Dank den Herren Professoren A. Vogt und M. Menzbier dafür auszudrücken, dass sie mir die Möglichkeit gaben, diese Experimente in ihren Laboratorien vorzunehmen. (Cf. Virchow's Archiv, Band 100, S. 27. V.)

Digitized by Google

Beiträge zur Lehre von der Innervation und den Lähmungen des Kehlkopfes.

(Vortrag, gehalten in der laryngol. Section der 60. Naturforscher-Versammlung in Wiesbaden.)

(Mit einer Doppeltafel.)

Von

Dr. **A. Onodi**, Docent in Budapest.

Wie bekannt, gehören die Lähmungen des Kehlkopfes zu den schwierigsten Capiteln der Laryngologie, wir stehen hier einer ganzen Reihe offener Fragen gegenüber, bei deren Besprechung uns der feste Boden fehlt, so dass wir nur über Hypothesen verschiedenen Werthes verfügen. Der Umstand, dass besonders bei Leitungsparalysen die pathologischen Erscheinungen mit den bekannten anatomischen Thatsachen oft nicht in Einklang gebracht werden können, dass das anatomisch und physiologisch begründete und noch immer feststehende Schema der Kehlkopfinnervation einerseits nicht mehr hinreichend ist, andererseits aber durch neuere experimentelle Ergebnisse in Frage gestellt wird, hat mich bewogen, die Innervationsverhältnisse des Kehlkopfes neuerdings zum Gegenstand einer rigorosen anatomischen Untersuchung zu machen. Ich habe eine grosse Anzahl von Kehlköpfen mittelst einer neuen Methode sorgfältig untersucht. Ich benutzte bei der Präparation eine 1 proctge. Lösung von Ueberosmiumsäure, die mir schon vor dem Präpariren die feinsten Fäden zum Vorschein brachte und überdies noch zur Controle diente. Mittelst dieses Verfahrens habe ich Verhältnisse gefunden, die bisher ganz unbekannt gewesen und die ein ganz anderes Licht auf die Innervation des Kehlkopfes werfen und das bisherige Schema erschüttern. Die physiologischen Untersuchungen und Resultate Exner's haben die Lehre der Innervation sehr complicirt gemacht, da Exner nicht nur im schroffen Gegensatz zu unseren bisherigen Kenntnissen die doppelte Innervation sowohl der Muskeln, wie auch der Schleimhaut behauptet, sondern noch einen neuen, von ihm N. laryngeus medius genannten motorischen Nerven angeführt hat. Seine Resultate wurden an Thieren gewonnen und standen in vieler Beziehung mit den bekannten anatomischen und pathologischen Thatsachen beim Menschen in vollem Widerspruch.

Ich war bestrebt, genau die Innervation beim Menschen zu prüfen und die Ergebnisse dieser Untersuchungen mit den bekannten pathologischen Erscheinungen in Einklang zu bringen, weiterhin die Bedeutung des von Exner aufgestellten N. laryngeus medius klar zu legen.

Wenden wir uns zur Innervation des Musculus cricothyreoideus. Ich unterlasse die historische Darstellung des bekannten Satzes, dass der erwähnte Muskel von den motorischen äusseren Zweigen des oberen Kehlkopfnerven innervirt wird. Diese anatomisch und physiologisch begründete Thatsache wurde theilweise durch seltene pathologische Erscheinungen, theilweise durch neuere, an Thieren angestellte Versuche in Zweifel gestellt. Wie bekannt, beobachtete Türk in mehreren Fällen von peripherer Erkrankung des Recurrens Atrophie verschiedener Kehlkopfmuskeln, und wenn auch eine schwächere Atrophie des M. cricothyreoideus,

Digitized by Google

daher seine Folgerung: „dass die in neuerer Zeit gemachte Angabe, derselbe werde ausschliesslich vom N. laryngeus sup. versorgt, unrichtig ist; er muss jedenfalls auch durch den Recurrens eine beträchtliche Anzahl von trophischen Fasern erhalten".

Der von Semon beobachtete Fall zeigte im Leben Paralyse der Erweiterer, links vollkommen, rechts unvollkommen, mit Tiefstand und Excavation des linken Stimmbandes und eigenthümlicher Stimmveränderung. Die Section ergab Compression beider Recurrentes, besonders des linken, durch ein grosses Aneurysma der Aorta, hochgradige fettige Degeration des linken, geringere des rechten M. cricoarytaenoideus post., ziemlich bedeutende Atrophie des linken Cricothyreoideus und Intactheit des linken Laryngeus superior. Auch Ziemssen erwähnt Beobachtungen, wo die Folgen einer Recurrensparalyse des M. cricothyreoideus zeigte.

Ich habe die Innervation des M. cricothyreoideus sorgfältig untersucht und beim Menschen in der Regel immer nur das bekannte Verhältniss zwischen Muskel und Ram. externus nervi laryngei superioris getroffen, sowie es schon lange die menschliche Anatomie lehrt. In einigen Fällen aber zeigte sich eine merkwürdige Anomalie, welche darin bestand, dass der Laryng. inf. ein oder zwei feine Fäden zum Musc. cricothyreoideus sendete. Diese Anomalie konnte ich nur zweimal beobachten. Ich lege insofern auf diese Anomalie Gewicht, weil einerseits die erwähnten Beobachtungen ihre natürliche Erklärung bekommen, andererseits die wichtige Frage der doppelten Innervation, wenn auch bei dem erwähnten Muskel in anomaler Weise, eine Stütze erhält.

Jetzt wollen wir die auf experimentellem Wege gewonnenen Resultate Exner's betrachten. Sie lauten folgendermaassen: „Der M. cricothyreoideus wird beim Kaninchen durch den R. internus und externus des N. laryngeus sup. sowie durch den N. laryng. med. innervirt; beim Hunde durch den R. extern. des oberen und durch den mittleren Kehlkopfnerven; beim Menschen ebenso wie beim Hunde, wenigstens konnte ein Ast des R. int. zum Muskel nicht verfolgt werden. Die medialen Antheile des Muskels bekommen ausserdem Fasern vom R. externus der gegenüberliegenden Seite." Nach diesen Ergebnissen haben wir es beim Kaninchen mit einer dreifachen, beim Hunde und Menschen mit einer doppelten Innervation des M. cricothyreoideus zu thun. Obwohl ich gegen diese Experimente und Resultate nichts einzuwenden habe, will ich doch meine diesbezüglich angestellten Untersuchungen und Anschauungen anführen.

Es ist unzweifelhaft ein Verdienst Exner's, beim Kaninchen und Hunde einen neuen Nerven, den Laryngeus medius, aufgefunden zu haben. Es war meine Aufgabe, zu prüfen, ob dieser Nerv in seiner morphologischen Erscheinung ebenso anzutreffen ist, wie ihn Exner schilderte und abbildete, zu untersuchen den Grund seiner verwickelten Natur beim Menschen und seinen so eminent ausgeprägten Character beim Kaninchen und Hunde. Es ist mir gelungen, auf sein Wesen und seine Bedeutung klareres Licht zu werfen. Nach meinen Untersuchungen kann ich jener Selbstständigkeit, wie sie von Exner behauptet wurde, nicht beistimmen. Ungeachtet seiner physiologischen Bedeutung, dessen Kenntniss wir Exner verdanken können, spielt der Laryngeus medius in seiner morphologischen Erscheinung eine untergeordnete Rolle. Ich

Digitized by Google

habe gefunden, dass der Ram. pharyngeus vagi mit zwei Wurzeln vom Vagus und vom oberen sympathischen Halsknoten entspringt, und in seinem Verlaufe zahlreiche feine Aeste zur Pharynxmusculatur abgiebt; in der Höhe des unteren Theiles der Cartilago cricoidea sendet er zwei feine Aestchen, deren einer sich mit dem Ramus externus des oberen Kehlkopfnerven verbindet, der andere wieder mit dem unteren Kehlkopfnerven vor der Verästelung desselben. Nach Abgabe dieser zwei Verbindungszweige verschwindet er mit mehreren Endzweigen in den oberen Theil der Speiseröhre. Diese Thatsachen werfen ein ganz anderes Licht auf den Laryngeus medius. Und ich bin geneigt, vorzuschlagen, diese Bezeichnung einfach zu beseitigen, denn ich müsste jetzt die zweite Verbindung mit dem unteren Kehlkopfnerven auch als einen selbstständigen Nerven betrachten und ihn wieder mit einem anderen neuen Namen versehen. Ausserdem finden wir den Laryngeus medius in der von ihm beim Hunde und Kaninchen beschriebenen Form weder beim Kinde noch beim erwachsenen Menschen auf. Exner versucht, Zweige vom Plexus laryngeus und pharyngeus herstammend, die sich in den Musc. cricothyreoideus einsenken, als Homologon des Laryngeus medius aufzustellen.

Bei meinen Untersuchungen ist es mir aufgefallen, dass beim Menschen der R. externus des oberen Kehlkopfnerven regelmässig sehr starke Verbindungen mit dem oberen sympathischen Halsknoten eingeht; manchmal ist dieses Verhältniss so ausgeprägt, dass der sympathische Verbindungszweig viel stärker, sogar zweimal so stark, als der eigentliche Ramus externus ist. Ausserdem fand ich mehrmals eine Verbindung zwischen den oberen sympathischen Halsknoten und den unteren Kehlkopfnerven. Diese so sehr ausgeprägten Verbindungen habe ich umsonst beim Kaninchen und Hunde gesucht. Da ich gefunden habe, dass der Ram. pharyng. vagi nicht nur mit dem Ram. externus des oberen Kehlkopfnerven, sondern auch mit dem unteren Kehlkopfnerven Verbindungen eingeht, so lag der Gedanke nicht fern, in diesen Verbindungszweigen das Wesen jener beim Menschen erwähnten sympathischen Verbindungen zu vermuthen. Der R. pharyngeus vagi steht durch eine starke Wurzel mit dem oberen sympathischen Halsknoten in Verbindung, birgt in sich ebenso sympathische wie cerebrospinale, d. h. Vagus- und Accessoriusfaserbündel. Diese Faserbündel gelangen beim Hunde durch die Bahn des R. pharyngeus vagi in der Form der erwähnten Verbindungen sowohl zum Ram. externus als zum Recurrens, beim Menschen in der Bahn der erwähnten sympathischen Verbindungen.

Meiner Ansicht nach, muss ich die Bezeichnung „Laryngeus medius“ beseitigen und vorschlagen, dass wir beim Hunde von Verbindungen zwischen dem Ramus pharyngeus vagi und dem Ram. externus und dem Recurrens zu sprechen haben. Die gefundenen Thatsachen und bisherigen Auseinandersetzungen erklären uns dies Verhältniss, und wir sehen die beim Menschen in einem Stamm, d. h. im R. externus vereinigten Nervenbündel beim Kaninchen und Hunde eine Weile getrennt vor ihrem Bestimmungsort endlich doch zusammentreten. Dass in den Nervenbahnen schon bei einem Individuum die mannigfaltigsten Variationen möglich sind, ist wohl bekannt; dass Faserbündeln staunenswerthe Umwege machen, bis sie ihren Bestimmungsort erreichen, haben uns die neurologischen Untersuchungen gelehrt. Und somit finden wir es für sehr einfach, wenn

Digitized by Google

beim Kaninchen und Hunde für den Kehlkopf bestimmte Nervenbündel auf einem kleinen Umwege ihr Gebiet erreichen.

Was nun die durch Versuche gestützte Behauptung Exner's betrifft, dass der Musc. cricothyreoideus beim Kaninchen ausser von den zwei schon erwähnten Nerven auch vom oberen Kehlkopfnerven versorgt wird, kann dieselbe weder durch die bisherigen pathologischen Erfahrungen, noch durch unsere Untersuchungen bekräftigt werden. Einen directen Innervirungszweig vom R. internus der oberen Kehlkopfnerven konnte ich nicht wahrnehmen. Es kommt also bei der Innervirung des M. cricothyreoideus regelmässig nur der R. externus, anomaler Weise ein Zweig des Recurrens in Betracht. Ich war weiterhin bestrebt, mich zu überzeugen, ob es nicht möglich wäre, die Theilnahme des Laryngeus sup. an der motorischen Innervirung zu constatiren.

Die Exner'schen Schlüsse lauten: „Der M. thyreoarytaenoideus ext. wird gewöhnlich ausschliesslich vom M. laryng. inf. innervirt, bisweilen betheiligt sich in grösseren oder geringeren Strecken desselben auch der N. laryngeus sup. durch seinen R. ext. an der Innervation. Der Musc. thyreoarytaenoideus int. einer Seite wird ungefähr in gleichem Maasse von den oberen Kehlkopfnerven beider Seiten versorgt, ausserdem noch, insbesondere in seinen äusseren Partien, vom unteren Kehlkopfnerven derselben Seite. „Der M. cricoarytaenoideus lat. bezieht seine motorischen Nerven in wechselnder Menge aus dem oberen und dem unteren Kehlkopfnerven. Der M. cricoarytaenoideus post. wird auch von beiden Nerven versorgt. Der M. interarytaenoideus erhält seine Innervation von beiden oberen und beiden unteren Kehlkopfnerven. Der M. ary-epiglotticus und M. thyreo-epiglotticus wird vom oberen Kehlkopfnerven versehen."

Diese Resultate stehen, wie bekannt, in schroffem Gegensatz zu dem bisher in Geltung stehenden anatomischen Schema. Bis jetzt war das Gebiet des oberen und unteren Kehlkopfnerven streng geschieden, weil der Lehre der doppelten Innervation sowohl die feste anatomische wie auch pathologische Grundlage mangelte. Ich will meine Resultate erst anführen, um dann über die Frage der doppelten Innervation meine Ansicht auszusprechen. Nach meinen Untersuchungen konnte ich nicht constatiren, dass der M. cricoarytaenoideus posticus, der M. thyreoarytaenoideus, der M. cricoarytaenoideus lateralis ausser vom Recurrens auch vom Faserbündel des Laryngeus sup. innervirt wird; ebensowenig konnte ich beobachten, dass Faserbündeln vom Recurrens sich auch an der Innervirung der Musculi thyreo- und ary-epiglottici betheiligen. Es ist mir aber gelungen, nachzuweisen, dass der M. arytaenoideus transversus sowohl vom oberen als auch vom unteren Kehlkopfnerven innervirt wird. Ausserdem habe ich merkwürdige Verbindungen angetroffen, welche die oberen und unteren Kehlkopfnerven innig verknüpfen.

Bekannt war bisher nur jene Schlinge, die als R. descendens den R. internus mit dem Recurrens verband. Meine Untersuchungen ergaben, dass im Gebiete des M. arytaenoideus transversus vielfache Verbindungen zwischen den oberen Kehlkopfnerven und dem, für den M. arytaenoideus transversus bestimmten Recurrenszweig existiren. Am oberen Rande der Ringplatte, wo der Recurrenszweig sichtbar wird, um sich dann in den M. arytaenoideus transversus einzusenken, an dieser Stelle finden wir regelmässig mehrere Verbindungen mit dem oberen

Digitized by Google

Kehlkopfnerven. Diese Verbindungen sind ganz oberflächlich, in der Regel durch einen langen, den M. arytaenoideus transversus überbrückenden Ast hergestellt, manchmal treffen wir zwei Verbindungszweige, die sich zu einem Stamm gesellen. Einmal habe ich beobachtet, dass der genannte Recurrenszweig mit zwei gesonderten, von verschiedener Höhe herkommenden Aesten des Laryngeus sup. eine oberflächliche Verbindung einging. Ausser diesen oberflächlichen Verbindungen habe ich in der Tiefe des M. arytaenoideus transversus noch andere, bisher unbekannte Verbindungen angetroffen. Verfolgt man die im Muskel eindringenden Aeste, so treffen wir abermals einen ständig vorkommenden Verbindungsfaden an, welcher quer durch den Muskel den oberen mit dem unteren Kehlkopfnerven verbindet. Aus dieser tiefen Schlinge gehen Zweige zum Muskel und zur Schleimhaut ab. Ungeachtet der übrigen Muskel- und Schleimhautzweige finden wir ganz in der Tiefe, direct an der Schleimhaut beiderseits einen zur Medianlinie convergirenden Zweig des Laryngeus sup., welcher vom Recurrenszweig auch einen Ast empfängt, in der Höhe des Ringknorpelrandes die Medianlinie überschreitet, sich mit dem ebenso verlaufenden Zweige der anderen Seite quer verbindet und in der entgegengesetzten Hälfte der Kehlkopfschleimhaut verliert. Somit haben wir vier paarige und eine unpaare Verbindung gefunden.

Die doppelte Innervation ist von unserer Seite auf anatomischem Wege nur für den Musc. arytaenoideus transversus festgestellt, aber die erwähnten neuen Thatsachen, die vielfachen Anastomosen, lassen mit Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass auf diesem Wege auch andere Muskeln Fasern vom Laryngeus superior erhalten können, insbesondere, wenn wir die experimentellen Ergebnisse Exner's in Betracht ziehen. Die pathologischen Erfahrungen lehren uns, dass es häufig bei Leitungsstörungen vorkommt, dass erst die Erweiterer der Stimmritze unfähig werden und später die Paralyse der Adductoren eintritt. Ziemssen hat bei einer durch ein Aortenaneurysma bedingten linksseitigen Stimmbandlähmung eine viel schwächere Veränderung des Arytaenoideus transversus beobachtet, und hat auch an eine doppelte Innervation des betreffenden Muskels gedacht. Mackenzie erwähnt auch einen Fall von vollständiger doppelseitiger Recurrenslähmung, der zur Section kam und wo von allen Kehlkopfmuskeln der M. arytaenoideus transversus allein ganz gesund zu sein schien. Aehnliches hat auch Türk beobachtet. Ebenso war in dem von Riegel publicirten Fall, in welchem die beiden Recurrenten von strammem Bindegewebe umhüllt waren und Atrophie zeigten, im Leben nur die Lähmung der Glottiserweiterer zu beobachten. Ausserdem sind die myopathischen Veränderungen der Glottiserweiterer bekannt, wie durch Neoplasmen des Oesophagus bedingte Veränderungen, und doch kamen nur die Lähmungen der Glottiserweiterer zum Vorschein, wo doch der zum M. arytaenoideus transversus ziehende Recurrenszweig ohne Zweifel afficirt war, und wir könnten weiter eine ganze Reihe Beobachtungen aufzählen. Man hat noch immer das alte Schema vor die Augen gehalten, und hat die auffallende Erscheinung, die Lähmung der Glottiserweiterer bei ausgesprochenen Leitungsstörungen, durch verschiedene Hypothesen zu erklären gesucht. Mackenzie nimmt eine bereits im Centrum bestehende Differenzirung der für die einzelnen Kehlkopfmuskeln bestimmten Nervenfasern an. Semon weist darauf hin, dass selbst eine

Digitized by Google

solche Annahme nicht für die Erklärung der höchst auffallenden Erscheinung, dass in manchen Fällen, in denen centrale oder periphere Schädlichkeiten ohne jede Frage auf den ganzen Nervenstamm einwirken, sich während des Lebens nur die Symptome der Paralyse der Glottiserweiterer darbieten, genügt. Es wird zur Erklärung angenommen, dass die Abductorenfilamente oberflächlicher gelegen waren und deshalb leichter comprimirt wurden. Semon nimmt eine besondere Disposition der die Glottiserweiterer versorgenden Fasern des N. recurrens an, ausschliesslich oder wenigstens früher als die für die Verengerer bestimmten Fasern in den verschiedensten Affectionen zu erkranken.

Diese pathologischen Erscheinungen können mit dem alten Innervationsschema nicht erklärt werden und die bereits erwähnten Erklärungen sind keineswegs solcher Natur, dass man nicht genügenden Grund habe, nach einer anderen zutreffenden Erklärung zu forschen. Ich erlaube mir die werthe Meinung der geehrten Fachmänner zu erfragen, ob man nicht auf Grund der Exner'schen physiologischen Resultate und meiner angeführten anatomischen Thatsachen die Frage der doppelten Innervation in präciser Form aufwerfen könnte, um die bekannten auffallenden Erscheinungen in dieser Richtung hin zu deuten.

Wenn wir noch die mannigfaltigsen Variationen des Nerv. laryng. sup. in Betracht ziehen, so werden wir sehr leicht anerkennen, dass die Vertheilung der motorischen Fasern sich auch auf den Laryngeus sup. erstrecken kann. Ich habe Anomalien beobachtet, wo der Laryngeus sup., d. h. sowohl sein innerer wie auch sein äusserer Zweig, isolirt vom Vagus ihren Ursprung nahmen und beide durch einen Zweig in Verbindung traten, ausserdem der innere Zweig sich unter seinem Ursprung mit dem Vagusstamme verband. Ausserdem habe ich einen anderen Fall beobachtet, wo der Laryng. sup. mit zwei Wurzeln entsprang, deren eine 1 Ctm. tiefer sich mit dem Vagus verband. Endlich ist mir ein bisher noch nicht erwähnter Fall zur Beobachtung gekommen, der in einer ausserordentlichen Geflechtbildung bestand, aus welcher der Ram. internus und externus des Laryngeus sup. abgingen.

Zum Schluss wollen wir noch auf die embryonalen Verhältnisse hinweisen, wo die beiden Kehlkopfnerven noch sehr nahe von einander ihren Ursprung nehmen und manchmal so entspringen, dass sie nicht unter den embryonalen Arterienbogen zu liegen kommen und auch im Erwachsenen am Halse entspringen und den Namen der Recurrentes nicht verdienen.

Somit ist es möglich, dass motorische Faserbündel direct durch die Bahn des Laryngeus sup. ihr Gebiet erreichen können und in gegebenen Fällen auch an eine anomale Vertheilung der Faserbündel zu denken wäre.

Was die Innervation der Schleimhaut betrifft, so finden wir ein eigenthümliches Verhältniss beim Hunde, wo der obere Kehlkopfnerv in der Länge von 20 Trachealringen auch die Schleimhaut der Luftröhre versorgt. Dieses von Kandarazki erkannte Verhältniss zeigt uns, wie mannigfache Vertheilungen und Anordnungen der Nervenbündel möglich sind. Der Laryngeus sup. bewegt sich hier auf einem sonst dem Recurrens zukommenden Innervationsgebiet.

Ich habe beim Menschen gefunden, dass die für die Schleimhaut bestimmten Zweige eine macroscopisch sichtbare Kreuzung in der Medianebene eingehen und ausserdem mit dem Recurrenszweige sich verbinden.

Digitized by Google

Mit den Exner'schen Angaben daher liegt es ausser Zweifel, dass das sensitive Gebiet beider nicht so scharf getrennt ist, wie man es allgemein glaubte, und dass beide gemeinschaftlich nicht nur die eine Hälfte, sondern auch gekreuzt die andere Hälfte versorgen. Somit ist bei einer Anästhesie die Annahme einer ausschliesslichen Lähmung des inneren Zweiges nicht hinreichend. Ich will noch kurz erwähnen, dass bei den diphtheritischen Lähmungen, die nach der herrschenden Meinung in einer fortschreitenden Neuritis ihre Ursache haben, dieselben sich mittelst der angeführten vielfachen Verbindungen zwischen dem Laryngeus sup. und dem Recurrens viel leichter sowohl auf das sensible wie auch auf das motorische Gebiet des Kehlkopfes verbreiten können. Ich bin der Meinung, dass nach diesen erkannten Thatsachen die bisherige Annahme, dass der neuritische Process erst den Laryngeus sup., sodann den Vagusstamm und so die Recurrensbündel betrifft, beseitigt werden kann und das Fortschreiten viel natürlicher durch die Bahnen der erkannten Verbindungen zu erklären wäre.

Ich schliesse mit der Bitte, dass die sehr geehrten anwesenden Fachmänner sich gütigst äussern mögen, inwiefern könnten die Exner'schen physiologischen Resultate und meine angeführten anatomischen Facta mit den pathologischen Erscheinungen in Einklang gebracht werden. Es war mein Zweck, da das Luschka'sche Schema erschüttert worden, die Aufmerksamkeit der Fachmänner auf neue Gesichtspunkte und auf die wichtige Frage der doppelten Innervation zu lenken.

Die Figuren der beiden Tafeln bedürfen keiner Erklärung, weil die Namen für die Muskeln und die Nerven in der Lithographie Aufnahme fanden.

Die 7 kleinen Figuren sind Darstellungen des menschlichen Kehlkopfes, die grosse Figur bezieht sich auf den Kehlkopf des Hundes.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane von G. Schwalbe. Mit 199 Holzschnitten. Erlangen. Verlag von E. Bezold. 1887. Besprochen von Prof. Dr. Rüdinger.

Der Aufforderung befreundeter Collegen, über das 5. Capitel des Lehrbuches der Anatomie der Sinnesorgane von G. Schwalbe, das Gehörorgan, an dieser Stelle ein Referat zu liefern, komme ich mit um so grösserem Vergnügen nach, als wir es hier mit der selbstständigen Arbeit eines Autors zu thun haben, der durch seine reichen Forschungsergebnisse die Anatomie der Sinnesorgane, insbesondere die Anatomie des Auges, schon früher in seltenem Masse gefördert hat. In allen Gebieten der Anatomie, wo Schwalbe bisher den Hebel ansetzte, gelang es ihm, unsere Kenntnisse bedeutend zu erweitern und mit Berücksichtigung der Entwickelungsgeschichte und der vergleichenden Anatomie nicht nur viele schwebende Fragen entgiltig su beantworten, sondern auch neue in grosser Zahl anzuregen.

Ganz besonders muss hervorgehoben werden, dass Schwalbe's Lehrbuch sich durch eine ziemlich seltene Eigenschaft auszeichnet, bestehend darin, dass der Verfasser bei der Beschreibung der verschiedenen Abschnitte der Anatomie der Sinnesorgane sich einzig und allein leiten

Digitized by Google

liess von jenem „Rechtsinn“, der die Beobachtungen anderer Fachgenossen voll und ganz würdigt, die Entdeckungen anderer Morphologen nicht mit vornehmthuender Ignoranz behandelt, um dann den eigenen Leistungen etwas mehr Relief geben zu können. Schwalbe hat nicht nach Vorbildern nur die Arbeiten seiner Schüler oder die der Mitglieder eines nahe verwandten Ringes in dem vorliegenden Buche beachtet, sondern die gesammte reiche Literatur des In- und Auslandes bei der Besprechung der eigenen Beobachtungen gewissenhaft verwerthet; wenn auch meinem Dafürhalten nach mit etwas zu wenig kritischer Sichtung. Sehr häufig hat Schwalbe ganz ungleichwerthige Forschungsergebnisse von Autoren, welche auf sehr verschiedener Stufe stehen, als gleichwerthige aneinandergereiht, um, wie mir scheint, seine Objectivität zum bestimmten Ausdruck zu bringen.

Bei der Besprechung eines Buches, wie die des vorliegenden, kann es sich nicht darum handeln, den selbstverständlichen Inhalt aufzuführen, die Zahl der Bogen und der Seiten mitzutheilen, oder die beigefügten Abbildungen der Zahl oder der Quadratfläche nach zu bestimmen, um dieselben mit ähnlichen Illustrationen in anderen Lehrbüchern vergleichen zu können, sondern es kann dieselbe nur die Aufgabe haben, die Originalität der Arbeit, die Summe der eigenen Anschauungen des Autors, die bestehenden Controversen u. dergl. für die Fachgenossen hervorzuheben.

Wenn Schwalbe in seiner Vorrede sagt, dass sein Buch nicht eine einfache Zusammenstellung der Resultate der bisher auf dem Gebiete der Anatomie der Sinnesorgane erschienenen Arbeiten liefere, sondern auf eigene Anschauungen und Untersuchungen gegründet sei, so gilt dieser Ausspruch ganz besonders für die Beschreibung des Gehörorgans, in der sowohl das knöcherne Labyrinth, als auch die Paukenhöhle und die Weichgebilde des inneren Ohres auf eigenen Untersuchungen fussen. Mit vollem Recht hat Schwalbe der Entwickelungsgeschichte einen grösseren Raum bei der Besprechung der ausgebildeten Formen gewährt, als es sonst in Lehrbüchern der Fall ist; denn die fertigen Gebilde können nur verstanden werden, wenn die entwickelungsgeschichtlichen Vorgänge mit in vergleichende Betrachtung kommen.

Auch hat Schwalbe in seinem Buche es vermieden, unausgesetzt von dem Werthe und der Bedeutung der phylogenetischen Betrachtungsweise in der Anatomie zu sprechen, wahrscheinlich unter der Voraussetzung, dass in der wissenschaftlichen Medicin von der Beschreibung der Organe mit steter Rücksichtnahme auf die Phylogenie zur Zeit noch eine äusserst geringe Wirkung wahrnehmbar war.

Wohl aber hat sich Schwalbe bemüht, den Anforderungen des Arztes, des Specialisten in Augen- und Ohrenheilkunde zu genügen und „die Ausdehnung, welche besonders die Besprechung des Gehörorgans erhalten hat, ist zum Theil diesem Bestreben zuzuschreiben“. Auch diesen Standpunkt muss man ganz und gar theilen. Die erste Aufgabe (nicht die höchste), welche die Anatomen und Physiologen zu erfüllen haben, ist die Schaffung einer soliden biologischen Unterlage für die wissenschaftlichen Mediciner. Die Forschungen auf den morphologisch-physiologischen Gebieten bleiben hierbei eine Sache für sich und dieselben werden stets mit ihren End-

Digitized by Google

resultaten befruchtend auf die gesammte Medicin einwirken, wie dies die Geschichte dieser Disciplin längst erwiesen hat.

Die Besprechung des inneren Ohres, insbesondere die des knöchernen Labyrinthes, ist nach Schnittpräparaten, ganzen ausgravirten Objecten und Ausgüssen in übersichtlicher und klarer Weise gegeben und bei derselben die so wichtige Topographie der Einzelgebilde und die gegenseitigen Beziehungen der Hohlräume in situ besonders gewürdigt. Ist doch gerade für den Physiologen und den Specialisten in der Ohrenheilkunde die Topographie der Gebilde des inneren Ohres von besonders hoher Bedeutung. Das Schema jedoch, welches in der Einleitung zu diesem Capitel auf Seite 290 aufgenommen ist, halte ich für misslungen. Auch mittelst einer schematischen Darstellung dürfen bei Anfängern keine unbestimmten Vorstellungen hervorgerufen werden, wie dies durch die weit offen gehaltene Tuba Eustachii und die topographische Beziehung des häutigen Bogenganges (4) zum knöchernen möglich ist.

Bei der Beschreibung der Schneckenaxe unterscheidet Schwalbe 1) den Canalis centralis modioli, 2) den Canalis peripericus modioli (C. ganglionaris) und 3) einen Gefässcanal. Die Axenwand des Canalis spiralis cochleae besteht aus durchbrochener spongiöser Substanz in gleicher Weise, wie die beiden Lamellen der Lamina spiralis cochleae, eine Angabe, die auch in den Abbildungen der knöchernen Schnecke in meinem Atlas des Gehörorganes, Lieferung III., ausgedrückt ist.

Der Beschreibung des häutigen Labyrinthes sind fast 23 Seiten gewidmet. Dieselbe erörtert die Lage derselben, die Säckchen, die Bogengänge, die Ampullen, die Histologie der Wand und das Verhalten der Nerven an der Macula acustica sacculi und utriculi. Schwalbe unterscheidet in der Macula acustica der beiden Säckchen auch zwei Arten senkrecht zur Unterlage gestellter Zellen, von denen die eine, die Fadenzellen oder Stützzellen, sich durch die ganze Dicke des Epithels erstrecken, während die anderen, die Haarzellen oder Hörzellen, mit ihren Haare tragenden Enden die freie Oberfläche erreichen, aber mit ihrem unteren abgerundeten Ende nur bis zur Hälfte der Epitheldicke vordringen. Die unteren verdickten Enden dieser Haarzellen treten in innige Beziehung zu den Nervenfasern des Acusticus.

Wenn Schwalbe bezüglich der excentrischen Lage der Bogengänge, welche ich wiederholt in der Märznummer 1888 dieser Monatsschrift besprochen habe, in seinem Buche Seite 325 sagt, dass Referent die in dem perilymphatischen Raum der Bogengänge angebrachten Bindegewebsbalken: „Ligamenta labyrinthi canaliculorum“ genannt habe, so halte ich es im Interesse der Sache für meine Pflicht, darauf hinzuweisen, dass Schwalbe meine Darstellung nicht richtig aufgefasst hat und auch aus meinen jüngsten Aufsätzen, welche separat erscheinen werden, entnehmen kann, dass die Bänder der häutigen Bogengänge und der Säckchen etwas ganz anderes sind, als die die Gefässe einschliessenden Bindegewebsbalken im freien perilymphatischen Raum der Canales semicirculares ossei. Auf die Beschreibung dieser Bänder hat sich Schwalbe nicht näher eingelassen, obschon dieselben wegen ihrer Bedeutung für die Befestigung des häutigen Labyrinthes ein hohes Interesse verdienen. Gerade aus der im Uebrigen sehr genauen Darstellung des häutigen Labyrinthes in Schwalbe's Lehrbuch geht her-

Digitized by Google

vor, dass es von Seite der Referenten wohl begründet war, auf die Besprechung der entwickelungsgeschichtlichen Vorgänge und die Befestigungsweise des ausgebildeten häutigen Labyrinthes in den knöchernen Bogengängen wiederholt näher einzugehen.

Die vollendetste Darstellung in Schwalbe's Arbeit ist meiner Meinung nach die über die Schnecke. In diesem Abschnitt werden alle Einzelheiten eingehend erörtert und man erkennt sofort, dass hier auf Grund selbstständiger Forschungen jede Zellen- und jede Fasergruppe sowohl während der Entstehung, als auch im ausgebildeten Zustande kritisch beurtheilt und die eigenen Ergebnisse eingehend geprüft und mit jenen anderer Morphologen verglichen worden sind. Einen besonderen Vorzug haben in diesem Capitel die schönen und klaren Holzschnitte deshalb, weil dieselben mit arabischen Ziffern und nicht mit den leidigen Buchstaben versehen sind. Bei der Fülle bedeutungsvoller Gebilde auf engbegrenztem Raume erleichtern diese Zahlen das Studium der Abbildungen in hohem Grade. Die bestimmte Reihenfolge der Ziffern vereinfacht das Auffinden eines einzelnen Gebildes, wobei das Auge sich von dem Kleindruck der Figurenerklärung mit grosser Raschheit nach der etwas kräftig gehaltenen Zahl im Bilde wendet oder umgekehrt, und das Gesuchte viel leichter findet, als dies bei der Buchstabenbezeichnung möglich ist. Diese letztere jetzt allgemein beliebte Methode der Bilderbezeichnung ist für das Studium der Anfänger geradezu nachtheilig, während sie für Fachleute ihre unläugbaren Vorzüge besitzt. Wenn man weiss, was die Buchstaben bedeuten, kann man leicht mit ihnen zurechtkommen.

Der Besprechung der allgemeinen Gestalt des Ductus cochlearis reiht sich die des feineren Baues desselben an. In der zur Fixirung der in der Papilla spiralis bestimmten Membrana basilaris unterscheidet Schwalbe drei Schichten: 1. die hyaline Schicht, welche dem Epithel des Schneckencanales anliegt und als homogene Fortsetzung der hyalinen oberen Platte des Labium tympanicum einerseits und der hyalinen Auskleidung des Sulcus ligamenti spiralis andererseits erscheint. Schwalbe nennt diese Schicht: Membrana basilaris propria. Die unter ihr befindliche 2. Schicht wird als die Lage der Basilarisfasern aufgeführt, deren Elemente in der Gegend der Zona pectinata unzweifelhaft isolirbar sind. Dann folgt an der tympanalen Fläche der Basilarmembran die 3. Belegschicht, die während ihrer Entstehung ziemlich mächtig erscheint, später sich jedoch immer mehr zu einer dünnen Lamelle, die das Vas spirale einschliesst, zurückbildet.

Eine specielle Besprechung der Crista spiralis, deren Labium tympanicum und Labium vestibulare; der inneren und äusseren Pfeiler; der inneren Stützzellen und der äusseren Henle'schen Zellen, der inneren und äusseren Stäbchenzellen; der Deiters'schen Zellen mit ihren Stützfasern u. A. kann hier nicht stattfinden. Es soll nur hervorgehoben werden, dass nach Schwalbe die Corti'schen Pfeiler im Inneren von Cylinderzellen entstehen und der protoplasmatische Beleg der Pfeiler sowohl an den nach dem Tunnel gerichteten Flächen des Pfeilers, als auch aussen an denselben ebenso die Uebereste von Zellen darstellen, wie die Henle'schen Bodenzellen an der Membrana basilaris des Tunnels.

Was die Beziehungen der Nervenfasern zu den Haarzellen anlangt,

Digitized by Google

so macht Schwalbe folgende Angaben: Beim Durchtritt durch die obere Platte des Labium tympanicum werden die Fasern, welche durch die Foramina nervina eingetreten sind, marklos und betreten als feine nackte Axencylinder nach innen von den Füssen der inneren Corti'schen Pfeiler das Epithel unter den iuneren Haarzellen. Von hier an beginnen die Schwierigkeiten für die Erforschung des weiteren Verlaufes und der Endigung der Nervenfibrillen. Schwalbe's Arbeiten sind in dieser Hinsicht noch nicht abgeschlossen, weshalb derselbe sich der Auffassung von Retzius anschliesst.

Sind die Nervenfasern als feine nackte Axencylinder in das Epithel eingetreten, so bilden sie an der inneren Seite der inneren Corti'schen Pfeiler einen Strang von ovalem Querschnitt, den ersten spiralen Zug Waldeyer's, den Retzius nur beim Kaninchen scharf begrenzt gesehen hat, während derselbe beim Menschen nicht existire. Von diesen Fasern zweigen sich varicöse Fibrillen ab, welche 1) als innere Nervenfäden nach dem Grunde der inneren Stäbchenzellen und 2) als äussere Nervenfäden nach den Deiters'schen Zellen gelangen. Diese letzteren Nervenfäden müssen die Lücken der Corti'schen inneren und äusseren Pfeiler passiren, also frei im Tunnelraum von der hier befindlichen Flüssigkeit umspült sein. Die eigentliche Endigung ist weder für die inneren, noch für die äusseren Nervenfäden festgestellt. Einig, meint Schwalbe, sei man nur darüber, dass in der Schnecke die Stäbchenzellen, die Hörzellen als „Nervenendzellen" in Anspruch zu nehmen seien. Retzius hat nie einen directen Zusammenhang der Nerven, welche durch den Tunnelraum gehen, mit den äusseren Stäbchenzellen gesehen, und Referent hält alle bisherigen Angaben über die directe Verbindung der Nervenfibrillen mit den Hörzellen nur für „Annahmen, für Wahrscheinlichkeits-Schlüsse". In den Maculae der Säckchen und in den Ampullen müssen die Nerven bestimmte Beziehungen zu den Neuroepithelien ebenso haben, wie in der Schnecke; allein weder hier noch dort ist die schwierigste aller Fragen: „die Art der Nervenendigung", zur Zeit endgiltig beantwortet.

Bezüglich der Gefässe hat Schwalbe auf Grund neuerer von ihm gemachter Untersuchungen eine genaue Beschreibung derselben geliefert und der Autor unterscheidet 1) die Arteria auditiva interna und 2) die Arterien der knöchenen Labyrinthcapsel. Venen werden aufgeführt 1) die V. auditiva interna, 2) Vena aquaeductus vestibuli und 3) Vena aquaeductus cochleae. Obschon zahlreiche Untersuchungen über die arteriellen, capillaren und venösen Gefässverbreitungen im mittleren und inneren Ohre vorliegen, so stehen unsere Kenntnisse über dieselben immer noch hinter jenen über die Gefässanordnung im Auge weit zurück.

(Schluss folgt.)

Handbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende. Von Dr. W. Kirchner, Docent der Ohrenheilkunde in Würzburg. 2. Auflage. Mit 41 Abbildungen in Holzschnitt. Berlin, Verlag von F. Wreden, 1888. (Wreden's Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher, Band XI.)

Kirchner's Handbuch der Ohrenheilkunde ist in erster Auflage vor etwa zwei Jahren erschienen. Die Vorzüge dieses Buches, übersichtliche Anordnung, Kürze, und dabei doch Deutlichkeit und Voll-

Digitized by Google

ständigkeit haben die verdiente Anerkennung gefunden, so dass schon jetzt eine neue Auflage nothwendig wurde — auch ist dasselbe in's Russische übersetzt worden.

Die neue Auflage hat an übersichtlicher Eintheilung des Stoffes noch gewonnen durch eine neue Eintheilung der verschiedenen Abschnitte; auch sind da, wo es nöthig erschien, Zusätze und Abänderungen vorgenommen worden. Die Abbildungen, deren Zahl um zwei vermehrt wurde, sind für den Zweck des Buches gut ausgewählt und gut ausgeführt.

Auch von der äussern Ausstattung lässt sich nur Gutes sagen. Wir können daher Allen, welche sich mit den für die ärztliche Praxis wichtigsten Errungenschaften der Ohrenheilkunde vertraut machen wollen, Kirchner's Handbuch empfehlen, wie wir es seit dem Erscheinen der ersten Auflage unsern Schülern empfohlen haben. Kiesselbach.

Warzenfortsatzaffectionen bei Kindern. Von Dr. Hessler. (Nach einem Vortrage auf der 60. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden.) (Archiv für Ohrenheilkunde Bd. 26, H. 1.)

In vorliegender Arbeit bespricht der Verfasser die Warzenfortsatzerkrankungen des kindlichen Alters und weist an der Hand von zwei Krankenbeobachtungen nach, dass bei Kindern Mittelohrcatarrhe vorkommen, die von Anfang an nicht sowohl die Schleimhaut allein angreifen, sondern zuerst den Knochen direct afficiren, also dass als Primärerkrankung die Knochenaffection und erst secundär die Schleimhauterkrankung zu betrachten ist. Es lässt sich dieser Krankheitsprocess am Ohre mit einer Osteomyelitis mit acuter Caries und Necrose vergleichen, die den wachsenden porösen kindlichen Knochen so häufig befällt. Bei Erwachsenen dagegen ist die Entzündung zuerst allein auf die Schleimhaut der Paukenhöhle beschränkt und führt erst nachträglich zu Veränderungen am Knochen. Hessler betont, dass, trotzdem in seinen angeführten Fällen catarrhalische Erscheinungen der Nase, des Rachens und der Tub. Eustach. vorausgingen und daher die Schleimhauterkrankung der Paukenhöhle als das Primäre annehmen liessen, dennoch die Knochenerkrankung als eine primäre acute Ostitis sich erwies. Für diese Annahme spricht, dass, wie aus dem hauchenden Perforationsgeräusche beim Politzer'schen Verfahren hervorging, die entzündliche Schwellung der Paukenschleimhaut nur sehr gering war, ferner, dass vom Anfange an eine profuse Secretion von dünnem wässerigen Serum bestand. In solchen Fällen dauert diese Secretion ungewöhnlich lange in derselben Weise an und hört erst auf, sowie der kranke Knochen entfernt ist. Bei der genuinen Otorrhoe dagegen, der primären Schleimhautentzündung, ist Anfangs das Secret dünnflüssig, mit dem Nachlassen der entzündlichen Schwellung dickt es sich immer mehr ein, wird sehr stark fadenziehend, bis die Heilung erfolgt. Ferner erfolgt hier der Durchbruch des Knochens an einer bestimmten Stelle des Proc. mastoid, dicht hinter der Ohrmuschel, etwas oberhalb der oberen Gehörgangswand; der Druckschmerz und die Infiltration breitet sich von dieser Stelle aus immer weiter in die Umgebung des Warzenfortsatzes aus. Bei der primären Ostitis dagegen zeigte sich in den von Hessler beobachteten

Digitized by Google

Fällen die hintere Gehörgangswand schon frühzeitig besonders geschwellt und der Warzenfortsatz war bei Druck von einer höheren Stelle in der Ausdehnung eines Pfennigstücks, auch in seinem ganzen Umfange, bei Druck empfindlich. Ferner findet man in solchen Fällen den Knochen bei der Aufmeisselung in grosser Ausdehnung verfärbt, die Gefässlöcher erweitert, in den Knochenmaschen nur sehr wenig oder gar keinen Eiter, während beim reinen Empyem der Knochen äusserlich zumeist, wenn nicht der Spontandurchbruch in den nächsten Tagen zu erwarten ist, normal aussieht oder nur an der erwähnten characteristischen circumscripten Durchbruchstelle etwas verfärbt ist. Bezüglich der Therapie empfiehlt Verf., den Eisbeutel, wenn nach ca. 8 Tagen noch keine wesentliche Besserung erfolgt ist, hinweg zu lassen und dann die Wilde'sche Incision oder die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, in malignen Fällen natürlich frühzeitiger, vorzunehmen. Kirchner.

Ein Fall von Soor des Mittelohres. Von Prof. Valentin in Bern. (Archiv für Ohrenheilkunde, Band 26, Heft 2.)

Der Verf. beschreibt in vorliegender Arbeit eine seltene Beobachtung von Soor des Mittelohres bei einem 9jährigen, anämischen, rhachitischen Mädchen. Am Gaumen, an der hinteren Rachenwand und auch am Rachendache fanden sich weissliche Flecken, die sich bei microscopischer Untersuchung als Anhäufungen von Plattenepithel, das reichlich von Soorpilzen überzogen und durchsetzt war, erwiesen.

Die Mycelien zeichneten sich durch auffallende Schmalheit aus, — ca. 2 μ gegen 3—5 μ des gewöhnlichen Befundes — so dass hier möglicherweise eine von der gewöhnlichen Soorform abweichende Varietät anzunehmen ist.

Das Trommelfell war linkerseits unten perforirt, die Paukenschleimhaut mit einem fest aufsitzenden weissen Belag bedeckt, der sich, ebenso wie jener in der Mundhöhle, aus Soormassen bestehend erwies.

Therapeutisch zeigte sich zur Entfernung dieser Massen aus dem Ohre eine 2proctge. Kupfervitriollösung am wirksamsten. Auch die hartnäckigsten Aspergillusmycosen sollen beim Gebrauche dieses Präparates rascher schwinden als bei Anwendung von Weingeist oder Sublimat.

Bezüglich der Infection des Mittelohres im vorliegenden Falle lässt sich annehmen, dass die Soorpilze aus dem Nasenrachenraume direct durch die Tuba in die Paukenhöhle gelangten, jedoch ist auch eine zufällige Uebertragung der Pilzkeime vom äusseren Gehörgange aus durch das perforirte Trommelfell auf die Paukenschleimhaut denkbar.

Kirchner.

Die Antisepsis in der Ohrenheilkunde. Von Dr. F. Kretschmann in Magdeburg. (Archiv für Ohrenheilkunde, Band 26, Heft 2.)

Der Verf. erinnert daran, dass auch die Ohrenheilkunde aus den epochemachenden Fortschritten der antiseptischen Wundbehandlung grosse Vortheile zog, und dass man auch auf diesem specialistischen Gebiete nach zwei Richtungen hin, theils prophylactisch, theils curativ die Antisepsis mit bestem Erfolge anwende.

Zur vollen Entfaltung der Antisepsis muss das Terrain allseitig für

Digitized by Google

desinficirende Mittel zugänglich sein, ferner müssen die angewandten Medicamente sicher keimtödtend wirken. Der Verband muss derartig sein, dass er die Wundsecrete vollständig aufsaugt, keine Entwicklung etwa von der Wunde eingedrungener Keime gestattet und einen Zutritt derselben von aussen verhindert; zugleich muss jede Secretstauung vermieden werden. Eine strenge Antiseptik lässt sich jedoch nur an den äusseren Ohrtheilen durchführen; denn sobald das Trommelfell und das Mittelohr in Frage kommt, ist in Folge des anatomischen Baues dieser Gegend ein sicherer antiseptischer Abschluss gegen Schädlichkeiten, die mit der äusseren Luft eindringen, nicht möglich.

Der Verf. bespricht hierauf die verschiedenen in der chirurgischen Praxis eingeführten Antiseptica mit Rücksicht auf ihre Fähigkeit, die pathogenen Microorganismen zu tödten, wie dies durch die bekannten Untersuchungen Koch's nachgewiesen wurde. Für Behandlung der Ohreneiterungen wird folgende saure Sublimatlösung empfohlen: Aqua 100,0, Sublimat 0,1, Acid. muriat. 1,0.

Nach sorgfältiger Reinigung des Ohres durch Ausspülungen vom Gehörgange und von der Tuba aus, soll diese Lösung eingetropft und 10 Minuten lang im Ohre belassen werden. Nach ihrer Entfernung wird das Ohr getrocknet und mit Gaze, die mit einer Lösung von Aqua 1000, Sublimat 1,0, Acid. tartaric. 20,0 imprägnirt ist, verschlossen.

Kirchner.

Zur Erfindung des Ohrenspiegels und über einen practischen Mundhalter für denselben. Von Prof. Dr. August Lucae in Berlin. (Archiv für Ohrenheilkunde, Band 2, Heft 2.)

Der Verf. wirft einen historischen Rückblick auf den Ursprung des Ohrenspiegels und die Untersuchung des Ohres durch Verwendung des reflectirten Lichtes. Schon vor Hoffmann, der im Jahre 1841 zuerst einen in der Mitte durchbohrten Concavspiegel zur Beleuchtung des Gehörganges empfahl, existiren Versuche, durch Concavspiegel den Gehörgang besser zu beleuchten, als dies bei direct einfallendem Lichte möglich ist. Hoffmann's Concavspiegel wurde wenig beachtet und kam wieder in Vergessenheit, bis 10 Jahre später Helmholtz, der Erfinder des Augenspiegels, im Jahre 1851 sein Instrument auch für die Untersuchung des Ohres empfahl. Im Jahre 1855 wurde erst durch von Tröltsch die methodische Untersuchung des Ohres mittelst des Hohlspiegels in die ärztliche Praxis eingeführt, und dadurch von ihm der Anfang einer exacten Diagnostik und rationellen Therapie der Ohrenkrankheiten gemacht.

Die Art und Weise der Handhabung des Ohrenspiegels, um z. B. bei operativen Eingriffen eine Hand frei zu haben, hat im Laufe der Zeit verschiedene Modificationen erfahren. Am beliebtesten ist zu dem erwähnten Zwecke die Stirnbinde geworden, obwohl sie auch manche Nachtheile mit sich bringt, z. B. Belästigung des Kopfes, Unsicherheit der Beleuchtung bei geringer Verschiebung der Stirnhaut. Ausserdem existiren Vorschläge, den Spiegel an dem Körper des Kranken zu fixiren (Schulterspiegel nach Lucae) oder an der Hand des untersuchenden Arztes (Schwartze).

Nach Czermak wird der Spiegel durch ein Gelenk mit einem Stiele verbunden, der zwischen den Zähnen gehalten wird. Lucae, der mit

Digitized by Google

dieser Fixirungsmethode seit 10 Jahren sämmtliche Operationen ausführte, empfiehlt nun in vorliegender Abhandlung, diesen Mundstiel mit einer Kautschukplatte, in welcher Abdrücke der vorderen Zähne anzubringen sind, zu versehen. Auch mit einfachem Siegellack lässt sich, nach einem früheren Vorschlage Helmholtz's, ein derartiger Abdruck der Zähne sehr leicht herstellen. Kirchner.

---

b) Rhinologische:

Die Entstehung einer schweren Ozaena durch einen unbemerkt gebliebenen Fremdkörper der Nase. Von Coupard. (Journal de médécine de Paris No. 14, 1888.)

Von Mittheilungen, die Analogien mit der vom Verf. berichteten darbieten, erwähnt derselbe die von Noquet (Sitzungsber. der Société de méd. prat. 25. XI. 1887), in welcher N. Gelegenheit hatte, einen Fall zu beobachten, in welchem ein Fremdkörper, der in die Nase eingedrungen war und länger als 12 Monate darin festsass, eine eitrige Coryza verursacht hatte. — Ganz ähnlich verlief ein vom Verf. selbst beobachteter Fall, in welchem es sich um ein 6jähriges Mädchen handelte, das am 25. December 1887 dem Verf. mit folgender Anamnese vorgestellt wurde: Seit dem 18. Lebensmonate der Patientin merkten die Eltern derselben, dass sie nicht mehr durch das rechte Nasenloch athmete, während des Schlafes häufig schnarchte, was vordem nicht der Fall gewesen war, und dass der Athem des Kindes einen foetiden Geruch verbreitete. — Dabei wurde das Aussehen der kleinen Patientin von Tag zu Tage blässer, während das Körpergewicht langsam aber stetig abnahm. Gleichzeitig stellte sich eine ziemlich intensive Bronchitis ein, wobei es, insbesondere Nachts, häufig zu einer ganz enormen Dyspnoe kam. — Inzwischen wurde das Allgemeinbefinden der kleinen Patientin immer elender; während des Morgens stellte sich meist ganz intensive Schwerhörigkeit ein, anstatt der bis dahin guten Laune trat häufig unmotivirtes Weinen und Stöhnen auf, — kurz es entwickelte sich allmählig bei dem Kinde eine ausgesprochene Cachexie, die im Verein mit der Bronchitis als Symptom der supponirten bacillären Phthise, an welcher das Kind nach der Aussage eines hinzugezogenen Arztes leiden sollte, betrachtet wurde. — Da trotz aller angewandten Medicamente dem Kinde absolut keine Linderung verschafft werden konnte, wandten sich die Eltern an Verf., der zunächst das rechte Nasenloch einer sorgfältigen Inspection unterzog. Hierbei entdeckte er im Mittelpunkte der dunklen Kruste, durch welche die gesammte Oeffnung verstopft wurde, eine kleine rundliche Erhöhung, die sich, mit einem Stilet berührt, etwas hart und fest anfühlte. Trotz des Widerstandes, den die Patientin den weiteren Manipulationen Verf.'s entgegensetzte, gelang es, die Spitze dieses Körpers mittelst einer Pincette mit gebogenen Hakenbranchen zu fassen und herauszuziehen, worauf sich derselbe als ein kleiner metallener Kleiderknopf entpuppte. — Die Blutung, welche diesem Eingriffe folgte, war nur unbedeutend, die sofortige Erleichterung eclatant, indem unmittelbar darauf das Kind leicht und ruhig, wie nie zuvor, athmete. — In den nächsten Tagen stellte sich auch der bis dahin fast gänzlich verschwundene Appetit wiederum ein, so dass das Kind nach einer Woche, als es wieder von seinen Eltern

Digitized by Google

dem Verf. zugeführt wurde, kaum wiederzuerkennen war. Die örtlichen Erscheinungen waren bis auf eine geringe Hypertrophie der unteren Nasenmuschel gänzlich zurückgegangen, die Athmung der Patientin gleichmässig und ruhig. So hat dieser Fremdkörper, der nahezu 5 Jahre hindurch in der Nasenhöhle steckte, keine dauernden Läsionen hinterlassen; mit seiner Entfernung schwanden sämmtliche Erscheinungen, die durch seine Gegenwart veranlasst waren.

Im Anschluss an diesen interessanten Fall weist Verf. auf das nicht seltene Vorkommen ähnlicher hin. — Was das Lebensalter der davon betroffenen Patienten anlangt, so handelt es sich begreiflicherweise meist um ganz junge Kinder, besonders unter 5 Jahren. Die Objecte bestehen gewöhnlich in Knöpfen, Holzstückchen, Papierrollen etc. Oft kommt es erst, wie in einem von Parker beschriebenen Falle, nach monate-, ja selbst jahrelanger Anwesenheit der betreffenden Stücke zu ernsteren Symptomen. Allerdings pflegen letztere fast niemals so ernster Natur zu sein, wie in dem qu. Falle. In den meisten Fällen kommt es vielmehr nur zu localen Symptomen, zumeist mit Schnarchen, Sprechen durch die Nase etc. verbunden. Daneben besteht eitriger Ausfluss aus der Nase, dagegen nicht die geringste Spur einer Hypertrophie der Rachentonsille, auf welche man bei einem derartigen Symptomencomplexe wohl in erster Linie sein Augenmerk richtet. — Im Verlaufe der Zeit stellt sich gewöhnlich eitriger, stinkender Ausfluss aus der Nase ein, der keiner medicamentösen Behandlung weicht. Besteht dieser Symptomencomplex in nur einem Nasenloche eines Kindes, das sich bis dahin einer ungetrübten Gesundheit erfreute, so ist fast mit Sicherheit anzunehmen, dass in dem betroffenen Nasenloche ein Fremdkörper sich befindet. — Von einer möglichst exacten Diagnose hängt in derartigen Fällen Alles ab, denn nur sie ermöglicht die einzig richtige und erfolgreiche Therapie: die Entfernung des Fremdkörpers.

Ueber einen Nasentampon. (The Intra-Nasal Plug.) Von J. M. W. Kitchen in New-York. (Med. Record, 7. Januar 1888.)

Man schneide sich ein Stück Zinnblech von passender Grösse und Form zurecht, umwickle es mit hydrophiler Watte und führe es nach Operationen etc. in die Nasenhöhle ein. A. Sch. (N.-Y.)

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Die Krankheiten des Kehlkopfes, mit Einschluss der Laryngoscopie und der local-therapeutischen Technik, für practische Aerzte und Studirende. Von Dr. Gottstein, Docent an der Universität Breslau. Mit 30 Abbildungen. Zweite verbesserte und sehr vermehrte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1888.

Der Verf. beginnt sein Buch mit einer Darstellung der anatomischen Verhältnisse, welche bei den genannten Krankheiten in Betracht kommen. Es ist dies ganz in der Ordnung, ebenso wie bei den Krankheiten des Ohres, da der Anatom über Dinge flüchtig hinweggeht oder gar nicht erwähnt, welche für den Arzt von grosser Wichtigkeit sind. Wenn dem so ist, hätte aber auch der Verf. solchen Gebilden etwas mehr Worte gönnen können. Das Tuberculum epiglotticum, der Kehldeckelwulst,

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig: 1.

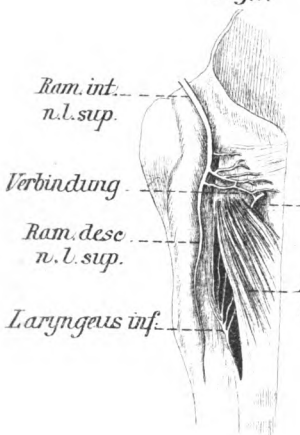
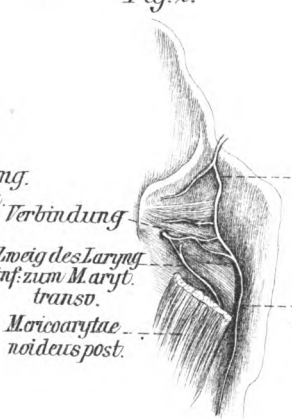


Fig: 2.



Verbindung

M. cricoarytae noideus post.

Fig: 4.

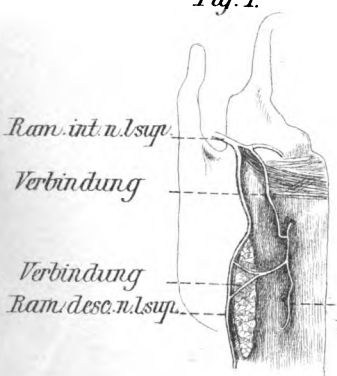
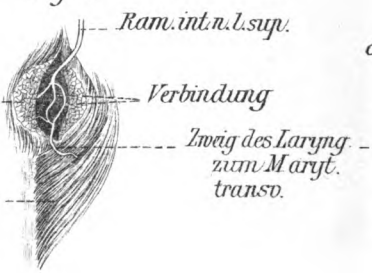
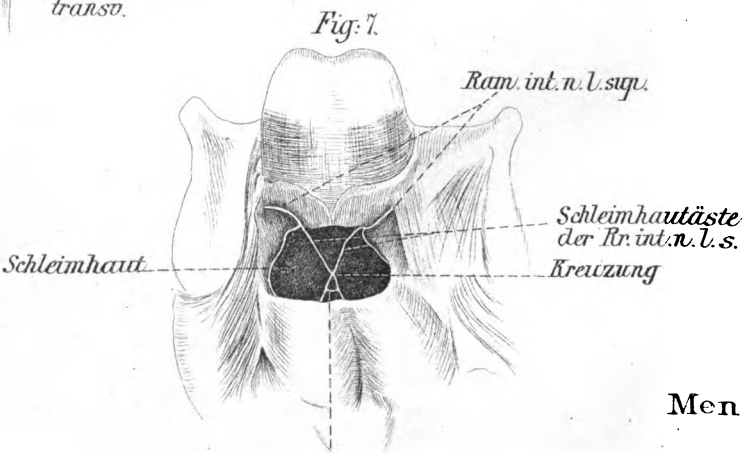


Fig: 5.



Schle
des r. int

Fig: 7.



Men

Verbindung

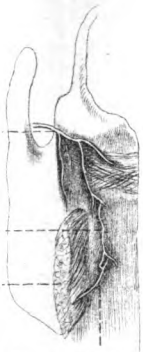
Autor del.

Joh. Roth sel.

Digitized by Google

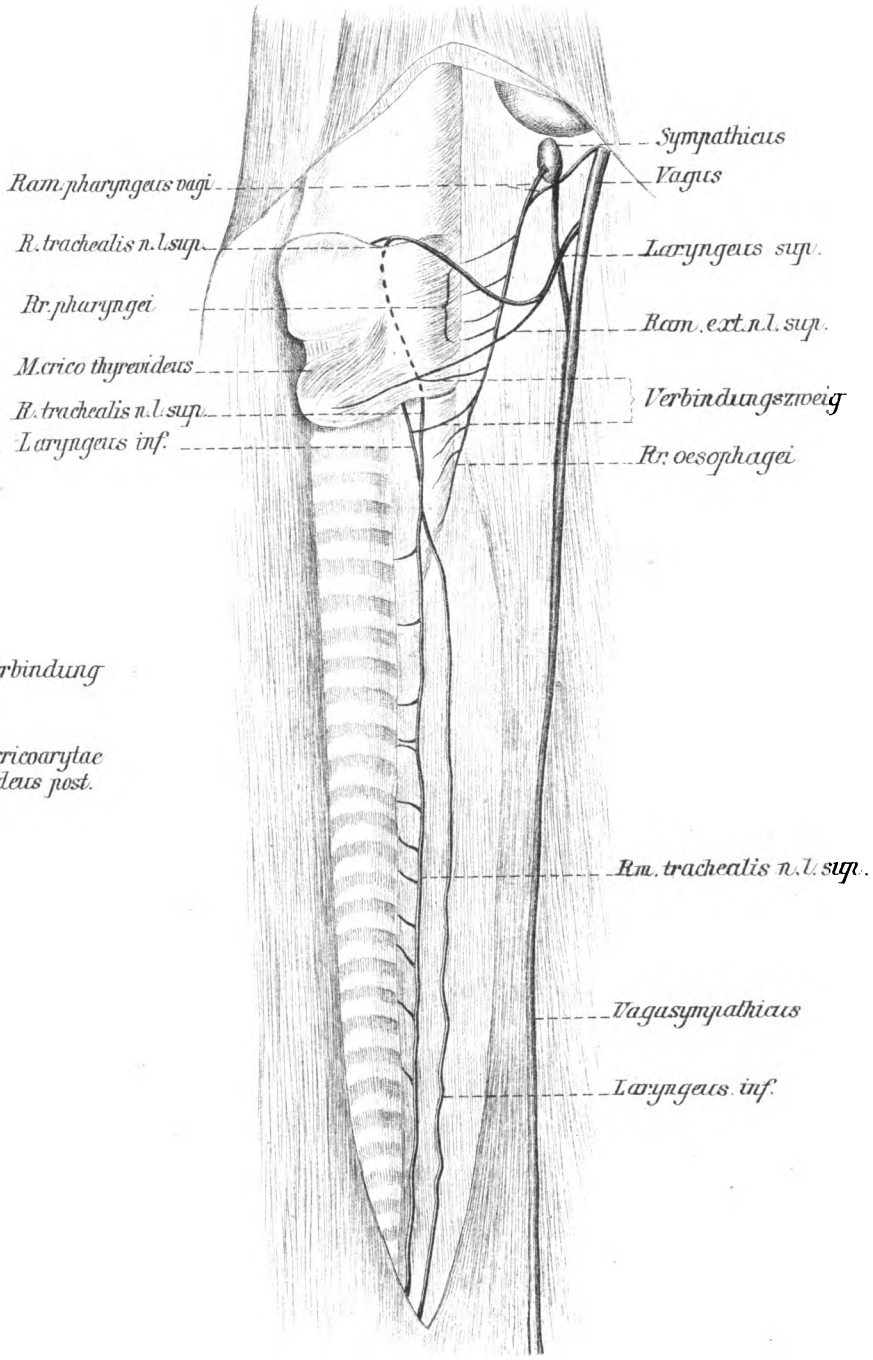
Hund.

Fig: 3.



Zweig des Laryng. inf. z. M. aryt. transv.

Fig: 6.



ns ch.

W.W. München impr.

C. Krapf lith.

Digitized by Google

Digitized by Google

wird von den Anatomen nur wenig oder gar nicht erwähnt, er spielt aber eine wichtige Rolle, als er unter Anderem den Kehlkopfverschluss vollendet, der ohne ihn, wenn der Kehldeckel eine ebene Fläche wäre, nur unvollkommen zu Stande käme (cf. Czermak: Der Kehlkopfspiegel).

„Zur Physiologie des Kehlkopfes" wird auf 3 Seiten abgehandelt — etwas wenig! Darunter auch die Untersuchungen von Krause an Hunden erwähnt, dass das Centrum der willkürlichen Bewegungen des Kehlkopfes in der Grosshirnrinde wahrscheinlich an der steil nach unten abfallenden Fläche des Gyrus praefrontalis zwischen Sulcus cruciatus und Hirnlappen seinen Sitz habe — mit „Wahrscheinlichkeiten" ist aber für die Wissenschaft noch nicht viel gewonnen! — Garcia als Erfinder des Kehlkopfspiegels anzusehen, ist nur in gewissem Sinne richtig — was hilft Jemandem ein Schatz, wenn er ihn nicht heben kann? Czermak hat ihn gehoben und für die Welt nutzbar gemacht, und so ist er der eigentliche Erfinder. Seite 18 „runde Spiegel für alle Fälle ausreichend" zu finden, können wir nicht acceptiren und widerspricht den eigenen Worten des Verf.'s, der S. 32 „ovale Spiegel" empfiehlt! S. 20: „Ueber Benutzung des Sonnenlichtes" habe ich mich schon so vielfach ausgesprochen, dass es überflüssig ist, hier weiter darauf einzugehen. Ich nehme mir niemals mit dem Kopfe das Licht fort, und wo dies geschieht, geschieht es durch Unkenntniss des physikalischen Vorganges. Was Verf. (Seite 24) über Benutzung mehrerer Linsen am Erleuchtungs-Apparat sagt, ist richtig, denn jede Linse absorbirt auch wieder Licht. Ebenso muss ich dem beistimmen, was der Verf. gegen die electrische Beleuchtung anführt; im Allgemeinen halte ich sie für eine Spielerei. — So ohne Weiteres können wir dem nicht beistimmen, dass Verf. sich „denen anschliesst, die alle Vorrichtungen entbehrlich halten" zur Hebung des Kehldeckels (S. 32) — in manchen Fällen leistet sogar die Kehldeckel-Pincette von v. Bruns vortreffliche Dienste. Zur Autolaryngoscopie halte ich den Apparat von Dr. Moura (Traité prat. de Laryngoscopie etc. Paris 1865, Figur 15) für den besten, mittelst dessen ich mir selbst erst in diesen Tagen eine grosse Fischgräte, welche sich fest in die Zungenwurzel am Kehldeckel eingespiesst hatte, herausholte.

Im Allgemeinen können wir dem beistimmen, was Verf. über die laryngoscopische Untersuchung und Technik anführt, nur möchten wir noch Folgendes bemerken: Die Diagnostik der Krankheiten des Kehlkopfes steht und fällt sozusagen mit der Laryngoscopie; wenn man daher über Kehlkopf-Krankheiten ein Buch schreibt, so muss man erwarten, dass von der Laryngoscopie nicht blos so viel gebracht wird, als man sozusagen „für's Haus" nöthig hat und jeder andere Arzt leisten kann, sondern, dass man sich höhere Ziele steckt und alle Möglichkeiten der Untersuchung herbeizieht. So ist z. B. von meiner Untersuchungsmethode durch die Trachealwunde gar keine Rede, durch die ich doch eine Nussschale im Larynx erblickte (s. weiter unten). Eben so wenig ist von meiner Methode, den Electromagneten bei der laryngoscopischen Untersuchung zu verwerthen, die Rede. — Was Verf. über Symptomatologie sagt, dem stimmen wir bei, nur möchten wir der ganz richtigen Bemerkung (S. 43): „Keine Diagnose und Prognose einer Kehlkopf-Krankheit ist als gesichert zu betrachten, so lange wir nicht den ganzen Respirationstractus genau untersucht haben" noch hinzufügen: und das Herz!

Digitized by Google

(Aneurysma Aortae — Recurrenslähmung!) Dem Lobe, welches Verf. den einfachen Einathmungen von heissen Dämpfen zollt, können wir nur beistimmen, ebenso, was er über die Zerstäubungsapparate (Seite 47) sagt. Ebenso ist hervorzuheben, was Verf. von den Pinseln (S. 48) sagt, dass nur solche mit festem, dickem Stiel brauchbar sind.

Was dagegen Verf. monirt über den Stiel der Pinsel mit 2 Ringen unten (S. 50), wodurch „eine unsichere Haltung“ gegeben werde, dem kann ich nur entgegensetzen, dass ich stets solche Pinsel gebrauche. Wem die Ringe zu unbequem sind, braucht einfach die Finger dort nicht hineinzustecken — ich stecke sie niemals hinein, sondern fasse sie in die volle Faust, die solche Ringe besser fasst, als einen einfachen Draht.

Bei der allgemeinen Therapie begegnen wir nun hier, wie in anderen Büchern, einer ganzen Anzahl von Zangen — man glaubt das Instrumentarium eines Zahnarztes vor sich zu haben! — Den Verf. trifft hier nicht mehr Schuld, wie andere Schriftsteller; im Allgemeinen hat Jeder, der sich heutzutage neu in die Specialität einführen will, nichts Eiligeres zu thun, als wo möglich eine neue Zange zu construiren! Es ist doch aber jedem Laien einleuchtend, dass, wenn die Operationen im Kehlkopf so schwierig sind, wegen der so leichten Berührung der gesunden Theile, man das möglichst feinste Instrument anwendet. Nun giebt es kein Instrument in der Welt, welches bei grösster Feinheit einen grösseren Effect zu erzielen im Stande ist, als das galvanocaustische, dem man noch jeden Augenblick eine beliebige Biegung geben kann. Und so gebrauche ich zu den Operationen nichts anderes, als eine galvanocaustische Schneideschlinge und einen Galvanocauter. Man sollte meinen, einfacher kann das Instrumentarium chirurgicum nicht aufgestellt werden! Aber aus Unkenntniss der Sache dreht man den Spiess um und sagt, die Galvanocaustik sei nicht so nöthig. Morell Mackenzie fertigt in seinem Buche (Die Krankheiten des Halses und der Nase, übers. von Felix Semon, Band I, S. 437) die Galvanocaustik in 7 Zeilen, sage sieben Zeilen, ab, mit dem Schlusssatze: „Ich kann aber nicht sagen, dass ich selbst sie sehr zweckmässig zur Zerstörung von Kehlkopfpolypen gefunden hätte!“ Was ich von der Feinheit des Instrumentes sagte, wird indirect vom Verf. selbst bestätigt, denn er sagt (S. 58) von den Zangen: „sie verderben zum Theil das Gesichtsfeld!“ Die galvanocaustische Schlinge kann man auch als kalte Schlinge ohne Galvanocauter benutzen. Einen Schieber (S. 62) zum Schliessen des galvan. Stromes am Instrument hatte Middeldorpf schon angewendet, aber noch bei seinen Lebzeiten und unter seinen Augen cassirte ich denselben von den Kehlkopf-Instrumenten als unzweckmässig und unhandlich. Bei so feinen Instrumenten ist das schnelle Oeffnen des Stromes ebenso wichtig, als das schnelle Schliessen desselben, denn sonst schmilzt die feine Platinarmatur — einen Schieber kann man aber nie so schnell öffnen, als einen Knopf, der von selbst in die Höhe springt, wenn der Druck auf die Feder nachlässt. — Allem dem, was Verf. über die Intubation sagt, möchten wir beistimmen, ebenso dem über die Bepinselung mit der Bernatzik'schen Lösung Gesagten (S. 67), zumal dieselbe jetzt durch das Cocain entbehrlich wird. Die Chloroformnarcose, wie sie Schnitzler in einem Falle (S. 68), der uns später in die Hände fiel, anwandte, ganz zu verwerfen, können wir dem Verf. nicht beistimmen.

Digitized by Google

Im speciellen Theile handelt Verf. zunächst die primären Kehlkopfkrankheiten ab, und ist dieses Capitel als ein gelungenes zu rühmen. Wir stimmen auch Verf. bei in Bezug auf Tuberculose, wenn er S. 95 sagt (im Gegensatz zu Anderen), dass „der hartnäckige Larynxcatarrh schon der erste Ausdruck der constitutionellen Erkrankung war". Die kalten Begiessungen, die Verf. S. 115 bei Croup rühmt, haben wir nicht blos als symptomatische Hilfe, sondern als wirkliches Heilmittel vortrefflich bewährt gefunden resp. kalte Waschungen und Abreibungen. — In dem Capitel von den Neubildungen erwähnt der Verf. die „Sängerknoten"; ich habe dieselben vorzugsweise und häufig bei Kindern beobachtet. Verf. stimmt auch (S. 151) dem bei, dass diese Knötchen nicht hauptsächlich bei Sängern vorkommen. — Verf. schränkt wenigstens bei der Operation der Neubildungen „das Ausreissen" derselben auf gewisse Fälle ein, denn die Vorliebe der Franzosen und Engländer für diese Methode (Méthode française) erinnert nach meiner Meinung an den Doctor Eisenbart, „der curirte die Leute nach seiner Art". Meine „Schwammmethode" hat in vielen Fällen so enorme Vortheile, dass die „schmerzhaften Empfindungen" dabei nicht in Betracht kommen — angenehme Operation erwartet Niemand vom Arzte! Wir haben uns schon oben über die zahllosen Instrumente zur Operation der Neubildungen ausgesprochen. S. 163 sagt Verf.: „wie es scheint, können Cancroide sich unter uns nicht bekannten Umständen aus Papillomen entwickeln" — wir haben dies wiederholt erfahren. — Verf. sagt mit Recht bei den bösartigen Neubildungen (S. 164) gegen Ziemssen, dass der in's Ohr ausstrahlende Schmerz durchaus nichts Characteristisches ist — wie oft kann man es bei Tuberculose des Larynx erleben!

Was die fremden Körper im Larynx betrifft, so erwähnt Verfasser (S. 173, 175, 176) des Falles mit der Nussschale und dabei des „sehr erfahrenen Laryngoscopikers", der sich geirrt haben soll. Dieser Laryngoscopiker bin ich, und ich kann nur sagen, dass von der vom Verf. mitgetheilten Krankengeschichte eigentlich Nichts richtig ist. Herr Dr. Gottstein hat damals von der Nussschale gerade so viel gewusst, ob sie noch im Kehlkopf des Knaben vorhanden sei, wie der Vater des Kindes, der Post-Director, nämlich, dass er vermuthet hat, die Nussschale sei noch im Kehlkopfe. Wäre Dr. Gottstein seiner Sache gewiss gewesen, hätte Prof. Fischer ebenso operirt, als er es bei mir that, nachdem ich die Nussschale gesehen hatte. Der Fall war ein Triumph für die Laryngoscopie, d. h. für mein neues Instrument; freilich durch die gewöhnliche, sozusagen „hausbackene" Laryngoscopie war die Nussschale nicht zu sehen. Um allen weiteren Entgegnungen und Einwendungen zu begegnen, bin ich es der Wahrheit und Wissenschaft schuldig, zu dem ungewöhnlichen Verfahren zu schreiten, den Fall hier in extenso abdrucken zu lassen, wie er in der medicinischen Section hierselbst von Prof. Fischer und mir öffentlich vorgetragen worden ist. Zum Vergleich setze ich erst die Mittheilung von Dr. Gottstein voran, wie er sie S. 176 giebt:

„In dem von uns wiederholt erwähnten Falle mit der Nussschale wurde, entgegen unserer Ansicht, von einem sehr erfahrenen Laryngoscopiker die Anwesenheit eines Fremdkörpers überhaupt geläugnet, die vorhandenen Granulationen versuchte er von der Trachealwunde aus galvanocaustisch zu zerstören;

Digitized by Google

als schliesslich die Canüle entfernt wurde, trat am zweiten Tage so heftiger Suffocationsanfall auf, dass die Canüle schleunigst wieder eingelegt werden musste. Bei der jetzt ausgeführten Thyreotomie wurde die Nussschale gefunden und entfernt. Unsere vom Collegen abweichende Ansicht, dass der Fremdkörper noch im Larynx sei, stützten wir auf die Geschichte der Krankheit, welche ergab, dass die Nussschale in die Luftwege gerathen war, aber es zweifelhaft liess, ob sie spontan ausgestossen worden ist, auf die laryngoscopische Untersuchung, die in der Regio infraglottica unterhalb der vorderen Commissur der Stimmbänder eine gleichmässige, aus polypösen Excrescenzen bestehende hügelartige Hervorwölbung erkennen liess, und endlich auf die Erfahrung, dass fremde Körper, wenn sie beispielsweise längere Zeit im äusseren Gehörgang liegen bleiben, zu solchen Fleischwucherungen Veranlassung geben. Unsere Versuche, letztere sowie den Fremdkörper endolaryngeal zu entfernen, führten nicht zum Ziele; unser Vorschlag, die Laryngofissur zu machen, wurde nicht acceptirt, und so ging der Fall in die alleinige Behandlung des Collegen über, der 6 Monate später, 10 Monate nach dem Eindringen des Fremdkörpers, durch die Ereignisse zur Operation gezwungen wurde."

Um jede Trachealcanüle bilden sich, wenn sie lange liegt, Wucherungen; diese sind also gar kein Beweis, dass die Nussschale noch im Larynx war! Nicht durch die „Ereignisse" bin ich „zur Operation gezwungen worden", sondern einfach, weil ich die Nussschale gesehen habe, und zwar durch mein neues Instrument von der Trachealwunde aus.

Ich lasse nun hier den Fall folgen, wie er von Prof. Fischer und mir in der medicinischen Section der Schlesischen Gesellschaft vorgetragen worden und danach in No. 6, 1875 der Berliner klin. Wochenschrift beschrieben worden ist; die Abbildungen sind fortgelassen und müssen im Original nachgesehen werden.

„Eine Nussschale 10 Monate in der Luftröhre; ein neues Speculum für letztere; Operation.

„Ueber diesen merkwürdigen Fall wurde am 20. November 1874 vom Medicinalrath Prof. Dr. Fischer und mir in der medic. Section der Schlesischen Gesellschaft Vortrag gehalten, in der Weise, dass Prof. Fischer über die Operation und ich über das Laryngoscopische des Falles berichtete. Es ist eine auffallende und bekannte Thatsache, dass gleiche oder ähnliche Erfindungen oder seltene Krankheitsfälle gleichzeitig an verschiedenen Orten beobachtet werden. Als dieser unser Fall hier in Breslau beobachtet wurde, wurden gleichzeitig in Wien und Amerika ähnliche Fälle beobachtet oder beschrieben. Dr. Schrötter in Wien (Laryngoscop. Mittheilungen von 1871—73) beschreibt den Fall, wo einem Manne 4 Schneidezähne mit Vulcanitplatte in den Larynx fielen und unter den Stimmbändern gesehen wurden. Dr. Lefferts in New-York beschreibt einen Fall mit Abbildungen, wo bei einem 4jährigen Kinde ein metallener Ring in den Kehlkopf fiel, welcher 4 Jahre in demselben liegen blieb (The medical Record: a brass ring lodgen in the larynx for four years. Decbr. 1874. No. 216). Unser Fall aber übertrifft diese beiden an Seltenheit, als bei demselben der fremde Körper in der Trachea 10 Monate lang sich befand, während in dem Fall von Schrötter das Gebiss noch denselben Tag entfernt wurde*). Der Fall von Lefferts aber betrifft den Kehlkopf, wo öfter fremde Körper sich längere Zeit aufhalten. Zwar wird in Schmidt's Jahrbb., Band 8, 1835, ein

*) Sollte in dem Fall von Schrötter das Gebiss nicht die hintere Wand der Trachea durchbohrt haben und vom Oesophagus aus in jene gelangt sein?! Es ist doch nicht gut fasslich, wie 4 Zähne mit Platte („die in allen ihren Durchmessern grösser ist, als eine weitest geöffnete Glottis, und dieses Ereigniss nicht sofort wahrgenommen wurde, sondern erst gelegentlich beim Frühstück") gleich milden Frühlingslüften unbemerkt durch die Glottis gelangen sollten! In Schmidt's Jahrbb., Band 7 oder 9, wird ein fast gleicher Fall beschrieben.

Digitized by Google

Fall mitgetheilt von Heyfelder, wo bei einem Landmann ein Stück einer Pfeife 11½ Jahre in der Luftröhre gesessen haben soll, aber dieser gehört der vorlaryngoscopischen Zeit an und ist wohl nicht erwiesen, ob der fremde Körper im Larynx oder der Trachea gesessen, zumal er schliesslich ausgehustet wurde. Sonach ist unser Fall der erste, in welchem sicher der fremde Körper nach langem Aufenthalte in der Luftröhre gesehen und constatirt wurde, und sicherlich wohl auch der erste, bei welchem mittelst der Speculirung durch die Trachealwunde ein fremder Körper diagnosticirt wurde."

(Schluss folgt.)

Speichelstein in der Glandula submaxillaris. (Calcul salivaire dans la glande sous-maxillaire.) Von Dr. Galippe. (France médicale No. 88, 1886, und Revue mens. de laryng. No. 1, 1887.)

Ein Speichelstein entleerte sich spontan aus dem Warthon'schen Gang; er war von concentrischen Schichten ohne Kern gebildet; Verf. fand dabei einen der Familie der Mundparasiten angehörenden und von Malassez und Vignal beschriebenen Parasiten. Dr. P. K.

Ueber einige Fälle von häutiger Angina. (De quelques cas d'angine croupeuse.) Von Dr. Sémon. (Gazette des hôpitaux No. 79 und Revue mens. de laryng. No. 1, 1887.)

Verf. giebt in einem klinischen Unterricht die Differentialdiagnose zwischen diphtheritischen Producten, einfachen croupösen Membranen, Herpes, durch Höllenstein hervorgebrachte Flecke, Milchflecke, die man auf den Mandeln ganz junger Säuglinge findet, und endlich confluirendem Soor. Er kommt zu dem Schluss, dass es manchmal beim ersten Anblick unmöglich ist, eine sichere Differentialdiagnose zu stellen.

Dr. P. K.

Ueber Halsgymnastik bei der Behandlung der eunuchoiden Stimme und der hysterischen Aphonie. (De la gymnastique vocale dans le traitement de la voix eunuchoïde et de l'aphonie hystérique.) Von Dr. Garel. (Province médicale 1887 und Revue mensuelle de laryng. No. 7, 1887.)

Bei den Patienten mit Eunuchenstimme suchte Verf., natürlich wenn keine organischen Veränderungen im Larynx nachzuweisen waren, das von Fournié 1880 auf dem Mailänder Congress angerathene Verfahren anzuwenden. Die Heilung trat in allen Fällen in relativ kurzer Zeit ein. Bei hysterischer Aphonie, wo die Electricität nicht zum Ziele führte, wandte Verf. das modificirte Fournié'sche Verfahren an: nach vollführter tiefer, tonloser Inspiration soll Patient seufzerähnlich ausathmen um am Ende dieses Exspirium sonor auszuathmen; kann Pat. letzteres, so ist er geheilt. Dr. P. K.

Diphtheritische Laryngitis bei einem Erwachsenen. Fehlen der Pharyngitis und der Pseudomembranen im Pharynx. Heilung. (Laryngite diphthéritique chez l'adulte. Absence de pharyngite et de pseudomembranes pharyngées. Guérison.) Von Dr. Tissier. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1887.)

Eine 19jährige Büglerin heilte von einer Larynx-Diphtheritis, ohne dass Pharynxerscheinungen vorhanden waren. Ohne Laryngoscop wäre

Digitized by Google

die Diagnose unmöglich gewesen und dies ist gewiss oft in der Praxis der Fall zum Schaden der Patienten und besonders deren Umgebung. Auf diese Weise lassen sich viele Fälle von Ansteckung erklären, welche sonst dunkel blieben. Dr. P. K.

Studie über die Physiologie des Athmens bei den Sängern. (Etude sur la physiologie de la voix des chanteurs.) Von Dr. Anatole Piltan. (Union médicale, Novembre 1887, und Revue mens. de laryngologie No. 7, 1887.)

Die Qualität der Stimme hängt hauptsächlich von der Exspiration ab, welche der Sänger sich angewöhnt bat. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Der subglottale Druck darf unter normalen Verhältnissen nicht den gewöhnlichen Druck der Orgel erreichen, er darf also nicht einen 0,01 Mtr. Quecksilber erreichen. 2) Die höchste Höhe der Töne darf nicht erreicht werden durch eine Verstärkung des Ausathmens, und dies erklärt das Talent, welches gute Sänger besitzen, nämlich lange zu singen ohne Ermüdung und ohne auffallende Anstrengung.

Dr. P. K.

Hygiene der Gesangstimme. (Hygiène de l'organe de la voix.) Von Dr. Morell Makenzie.

Die Stimme, der Gesang und die Sprache. (La voix, le chant et la parole.) Von DDr. Lennox Browne und Emile Behnke.

Ueber die Stimme beim Kinde. (De la voix chez l'enfant.) Von Dr. Emile Behnke und Dr. Lennox Browne.

Drei jüngst erschienene Abhandlungen, welche nicht nur für Redner und Sänger, sondern auch für Aerzte von Interesse sind. Die Namen der Autoren sprechen für die practische Tüchtigkeit der Schriften, besonders weil Fachmänner dabei zu Rathe gezogen worden sind.

Dr. P. K.

Lähmung und Krampf der Kehlkopfmuskeln; Beitrag zur Diagnose des beginnenden Tabes. (Paralysie et crises laryngées; contribution au diagnostic de l'ataxie locomotrice initiale.) Von Dr. F. Felici. (Archivii Italiani di laringologia an VII, No. 2, und Revue mens. de laryng. No. 7, 1887.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Bei Tabes können nicht nur Krämpfe, sondern auch Lähmungen, ja sogar beide zugleich vorkommen. 2) Viele hysterische Innervationsstörungen werden bei genauerer Untersuchung als auf Tabes sich beziehend erkannt werden. 3) Wenn bei einseitiger oder doppelseitiger Abductorenlähmung man die Ursache nicht finden kann, so muss man genau nach der Tabes dorsalis spüren. 4) Die guten Erfolge, welche man durch topische Behandlung mittelst Cocain und Bromkalium innerlich gewinnt, beweisen, dass Charcot Recht hat, wenn er behauptet, die Larynxcrisen entständen aus einer Hyperästhesie der Larynxschleimhaut und der Nervencentren.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Narbige Einziehung der Ligamenta arytaenoepiglottica; Larynx mit 6 Stimmbändern und überzähliger falscher Glottis. (Rétraction cicatricielle des ligaments aryépiglottiques. Larynx à six cordes et fausse glotte supplémentaire.) Von Dr. Garel. (Revue mens. de laryng. No. 7, 1887.)

Ein 37jähr. Mann zeigt die aryepiglottischen Falten aus unbekannter Ursache narbig entartet und als wahre Stimmbänder functionirend. Die Stimme ist regelmässig; die Mitteltöne sind etwas dumpf und der Bauchrednerstimme ähnlich; das Falsett ist das eines Kindes; das Jodeln, worin Patient früher sehr glänzte, kann er nicht mehr herausbringen.

Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Glottisstenosen bei Tuberculose. (Contribution à l'étude des sténoses glottiques chez la tuberculeux.) Von Dr. Tissier. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 1, 1887.)

Neuropathische Stenosen: Medianstellung der Stimmbänder durch Paralyse der Abductoren oder Krampf der Adductoren, jedenfalls durch eine peripherische Neuritis des Recurrens oder durch Druck der Laryngotrachealganglien hervorgebracht. Die Abductorenparalyse ist möglich, aber jedenfalls nicht so häufig, als Semon und seine Anhänger annehmen; anatomische, pathologisch-anatomische und physiologische Beweise fehlen für die Theorie der absolut immer bestehenden Abductorenparalyse. Die Adductorencontractur, von Krause befürwortet, ist ebenfalls nicht immer anzunehmen; man hat in den meisten Fällen eine Mischform anzunehmen, welche gewöhnlich wegen Ueberwiegen der Adductoren als Contractur anzusehen ist. Verf. sucht diese seine Behauptungen durch die combinirte Nerventhätigkeit des Vagus und Accessorius Willisii zu beweisen.

Dr. P. K.

Tertiäre syphilitische Laryngitis. Tracheotomie. Canüle während sieben Monaten. Heilung. (Laryngite syphilitique tertiaire. Trachéotomie; séjour de la canule pendant sept mois. Guérison.) Von Dr. Gouguenheim. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1887.)

Eine 25jährige Frau musste wegen drohender Erstickungsgefahr tracheotomirt werden, bevor man die Diagnose stellen konnte. Erst später wurde tertiäre Syphilis diagnosticirt; unter geeigneter Jodbehandlung trat Heilung ein. Die Canüle konnte nach 7 Mon. entfernt werden.

Verf. bemerkt hierbei folgende Punkte als interessant: 1) Nach der Tracheotomie war Patientin während 3 Monaten vernachlässigt worden, weil unterdessen eine Cholera-Epidemie im Spital ausgebrochen war, und dennoch hatten ohne Behandlung die Symptome nicht zugenommen, wie es doch gewöhnlich geschieht. 2) Nach 7 Monaten konnte die Canüle entfernt werden; der Larynx war also in seinen normalen Zustand zurückgetreten, wenigstens war das Lumen genügend weit geworden.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Die diesjährige **61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte** tagt **in Köln vom 18—23. September.** Für die otiatrische Section wird eine Ausstellung von Instrumenten und Präparaten beabsichtigt, und ist bereits die Mitwirkung hierzu von einer Zahl angesehener Fachgenossen in Aussicht gestellt worden. Anmeldungen zu Vorträgen oder Demonstrationen sowie zur Betheiligung an der Ausstellung sind an den Einführenden der Section, Dr. Keller, Köln, zu richten.

III. Inserate.

INDUKTIONS-APPARATE,
transp., m. 1 El. in Hartgummi nach Spamer, modifiziert von Reiniger, in fein pol. Kasten. Leit.-Schnüre, Elektroden mit div. Ansätzen. Gewicht 1,3 Ko. Preis M. 30.—.
REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.
Universitäts-Mechaniker.
Haupt-Katalog 80 Seit. 300 Abbildung.

Galvanocaustische und Electrolytische
Apparate und Instrumente
nach Angaben des Herrn **Professor Voltolini** empfiehlt
Ernst Pischel's Nachfolger Hermann Brade
Breslau, Hummerei No. 31.

Inhalt.

I. Originalien: Stepanow: Experimenteller Beitrag zur Frage über die Function der Schnecke. — Onodi: Beiträge zur Lehre von der Innervation und den Lähmungen des Kehlkopfes. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Schwalbe: Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane. — Kirchner: Handbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende. — Hessler: Warzenfortsatzaffectionen bei Kindern. — Valentin: Ein Fall von Soor des Mittelohres. — Kretschmann: Die Antisepsis in der Ohrenheilkunde. — Lucae: Zur Erfindung des Ohrenspiegels und über einen practischen Mundhalter für denselben. — b) Rhinologische: Coupard: Die Entstehung einer schweren Ozaena durch einen unbemerkt gebliebenen Fremdkörper der Nase. — Kitchen: Ueber einen Nasentampon. — c) Pharyngo-laryngologische: Gottstein: Die Krankheiten des Kehlkopfes, mit Einschluss der Laryngoscopie und der local-therapeutischen Technik, für practische Aerzte und Studirende. — Galippe: Speichelstein in der Glandula submaxillaris. — Sémon: Ueber einige Fälle von häutiger Angina. — Garel: Ueber Halsgymnastik bei der Behandlung der eunuchoiden Stimme und der hysterischen Aphonie. — Tissier: Diphtheritische Laryngitis bei einem Erwachsenen. Fehlen der Pharyngitis und der Pseudomembranen im Pharynx. — Piltan: Studie über die Physiologie des Athmens bei den Sängern. — Makenzie: Hygiene der Gesangstimme. — Browne und Behnke. Die Stimme, der Gesang und die Sprache. — Behnke und Browne: Ueber die Stimme beim Kinde. — Felici: Lähmung und Krampf der Kehlkopfmuskeln; Beitrag zur Diagnose der beginnenden Tabes. — Garel: Narbige Einziehung der Ligamenta arytaenoepiglottica; Larynx mit 6 Stimmbändern und überzähliger falscher Glottis. — Tissier: Beitrag zur Lehre der Glottisstenosen bei Tuberculose. — Gouguenheim: Tertiäre syphilitische Laryngitis; Tracheotomie; Canüle während sieben Monaten; Heilung. — Bekanntmachung, betr. die 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. — III. Inserate.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Beiliegend eine Doppeltafel.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXII. **Berlin, Mai 1888.** **No. 5.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Eine modificirte Ohr- (und Kehlkopf-) Electrode.

Von

Prof. **Eulenburg,** Berlin.

Die Electrisation des Ohres vom äusseren Gehörgange aus wird bekanntlich seit den bahnbrechenden Untersuchungen Brenner's[1]) sowohl zu electro-physiologischen und diagnostisch-explorativen Zwecken — Ermittelung der galvano-acustischen Reactionserscheinungen! — wie auch als therapeutisches Adjuvans bei Krankheiten des acustischen Nervenapparates häufig verrichtet. Die hierbei vorzugsweise geübte, directeste und von Brenner selbst als „sicherste" gerühmte Methode besteht in dem Einsenken einer drahtförmigen Electrode in den mit Wasser, nöthigenfalls mit Salzwasser gefüllten äusseren Gehörgang unter gleichzeitiger Verwendung eines entweder mit der Electrode fest verbundenen oder abnehmbaren und in einem federnden Ring der Electrode feststellbaren

[1]) Untersuchungen und Beobachtungen über die Wirkung electrischer Ströme auf das Gehörorgan im gesunden und kranken Zustande. Leipzig, Giesecke & Devrient. 1868.

Digitized by Google

Ohrtrichters aus Hartgummi oder einer anderen isolirenden Materie. In beiden Fällen erzeugt der feine, bis zur unteren Trichterwindung vorgeschobene und dieselbe etwas überragende Draht wegen der grossen Stromdichte und der caustischen Wirkung an dem (nicht mit feuchtem Leiter umwickelten) freien Drahtende eine mehr oder weniger schmerzhafte Reizung des für galvanische Ströme oft äusserst empfindlichen Trommelfells. Man kann aus diesem Grunde, wie man sich bei Benutzung der nach absolutem Mass geaichten Galvanometer leicht überzeugen wird, oft nur minimale und deshalb für Ermittelung der galvano-acustischen Reactionserscheinungen ungenügende Stromstärken zur Verwendung bringen, und der diagnostisch-explorative Zweck wird sonach um so häufiger verfehlt, als — wie schon Brenner (l. c. pag. 81) mit Recht hervorhebt — „die Grösse des bei der galvanischen Reizung des Gehörganges entstehenden Schmerzes in ungekehrtem Verhältnisse steht zu der Leichtigkeit der acustischen Erregung".

Um diese und andere, den bisherigen Ohrelectroden anhaftenden Uebelstände möglichst zu beseitigen, die unsichere Wasserfüllung des Gehörganges und die Anwendung eines Ohrtrichters ganz zu vermeiden und eine breitere, durch feuchten Leiter gebildete Ansatzfläche für das Trommelfell zu gewinnen, habe ich nach mehrfachen Versuchen die nebenstehend abgebildete Electrodenform (Figur 1) gewählt, welche von der rühmlichst bekannten Firma W. A. Hirschmann hierselbst in der beschriebenen Weise angefertigt wird. Die Electrode ist an ihrem unteren Ende mit einer Polklemme *(L)* zur Aufnahme des Leitungsdrahtes, und in ihrem Heft mit einer Unterbrechungsvorrichtung *(U)* versehen. Bei letzterer wird durch Druck auf den — von einer Spiralfeder abgedrückt erhaltenen — Elfenbeinknopf der Strom geschlossen, gerade so, wie bei der von mir beschriebenen Augenmuskel-Electrode (Centralblatt für pract. Augenheilkunde, März 1887). Der von dem oberen, in eine Kugel auslaufenden Metallstück der Electrode rechtwinklig abgehende kürzere Arm derselben endet nach vorn in eine Platinschlinge *(S)*, die mit dem Messingstab fest verbunden ist. Auf diesem Stab ist eine Gummihülse *(b)* mit Hilfe der vorgesetzten Metallfassung *a* leicht verschiebbar. Um das Electrodenende mit feuchtem Leiter zu umgeben, wird ein winziges Wattebäuschchen (wie es die Abbildung bei *W* zeigt) an einer Stelle

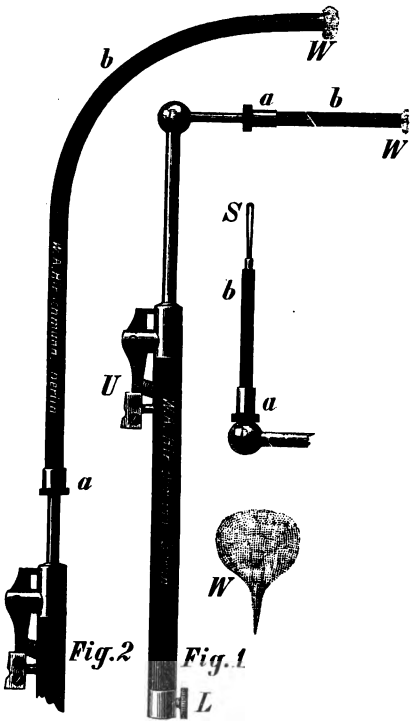


Fig. 2 Fig. 1

Digitized by Google

zu einer feinen Spitze zusammengedreht und solchergestalt durch die Platinschlinge hindurchgezogen, so dass sich auf beiden Seiten der Schlinge eine annähernd gleiche Wattemenge befindet. Letztere wird dann mit Wasser befeuchtet, die Gummihülse *b* über die Drahtschlinge herübergezogen, so dass diese ganz bedeckt ist und aus der Hülse nur noch ein Theil der durchfeuchteten Watte hervorragt, welchen man nöthigenfalls mit der Scheere noch etwas verkleinert und zu einer geraden Fläche beschneidet. Nach geschehenem Gebrauche wird die Hülse *b* heruntergeschoben und die Watte aus der Platinschlinge leicht entfernt, um für jedesmalige Galvanisation durch neue, in gleicher Weise hergerichtete ersetzt zu werden.

Diese Electrode erfüllt, wie ich mich durch mehrmonatlichen Gebrauch überzeugt habe, alle Anforderungen, die an eine Gehörgangs- resp. Trommelfellelectrode gestellt werden können; sie gestattet in der Mehrzahl der Fälle Stromstärken von 1 — 2 Milliamp. (und selbst darüber hinaus) in der für therapeutische Zwecke, sowie für Ermittelung der galvano-acustischen Reactionserscheinungen nöthigen Dauer — für explorative Zwecke mittelst der im Heft enthaltenen Unterbrechungsvorrichtung besonders bequem — zu verwerthen.

Uebrigens kann man sich auch für die Zwecke der örtlichen Kehlkopfreizung einer mit den entsprechenden Modificationen versehenen Electrode (Fig. 2) bedienen, bei welcher nur die Gummihülse *b* erheblich änger und ein wenig stärker ist, als bei der Ohrelectrode.

Notiz über Operationen im hinteren Abschnitte der Nase unter Leitung des Fingers.

Von

Dr. **Ziem** in Danzig.

Bezug nehmend auf die in No. 1 dieser Monatsschr. von Hopmann gegen eine Arbeit von mir beziehungsweise gegen mich selbst gerichteten Bemerkungen habe ich zunächst mein Bedauern auszusprechen, dass ich eine diesbezügliche, von Hopmann im September 1884 auf der Magdeburger Naturforscherversammlung gemachte und in der Novembernummer dieser Monatsschrift 1884 referirte Mittheilung in meiner in No. 8 dieser Monatsschrift 1887 veröffentlichten Arbeit gänzlich übersehen habe. Ich bedauere das 1) aus sachlichen Gründen, weil durch Erwähnung der Mittheilung Hopmann's meine Arbeit jedenfalls an Vollständigkeit gewonnen haben würde, 2) aber auch aus persönlichen Rücksichten, da ich meinerseits meines Wissens mich stets bemüht habe, in meinen Arbeiten der Priorität Anderer Rechnung zu tragen. Obschon aber Hopmann's Veröffentlichung vor Zaufal's und vor meiner eigenen Veröffentlichung stattgefunden hat, so habe ich doch, wenn ich im October 1884 in ähnlicher Weise wie Hopmann operirt habe, von Hopmann's in der Novembernummer d. Monatsschr. d. h. also Anfangs Dezember 1884 erschienenen Mittheilung eine Anregung hierzu nicht empfangen können. Vielmehr habe ich, wie ich das schon neulich auseinandergesetzt habe, bei dem von mir angewendeten Verfahren an die Operationsmethoden

Digitized by Google

der Chirurgen von Fach, Roser's, von Bruns' u. A. mich angelehnt. Jedenfalls freue ich mich mit Hopmann in der Forderung wenigstens übereinzustimmen, dass manche der für die Chirurgie im Allgemeinen sonst geltenden und längst bewährten Operationsmethoden auch auf dem Gebiete der Nasenchirurgie wieder mehr zur Geltung kommen sollen als dies eine Zeit lang der Fall gewesen ist.

Ueber die Entfernung pathologischer Secrete aus dem Kehlkopf vermittelst forcirter Wasserinjectionen.

Von

Dr. **Ludwig Loewe** in Berlin.

Von Schmidt, Heryng, Krause und Anderen sind in jüngster Zeit neue Behandlungsmethoden der ulcerösen Larynxtuberculose (mittelst Curettement, Einspritzung von Jodoformemulsion, Stichelung resp. Einreibung mit Milchsäure, Bepulverung mit Jodoform und Jodol etc.) angegeben worden. Wenngleich dadurch die Prognose des Leidens etwas besser geworden ist, ja sogar einzelne Fälle von Heilung vorliegen, muss doch im Grossen und Ganzen die Kehlkopfphthise noch immer als eine in relativ kurzer Zeit lethal endigende Affection bezeichnet werden. Denn, trotzdem das Leiden im Larynx, wie es scheint, primär — ohne Tuberculose anderer Organe — vorkommt (Orth, Heryng); trotzdem es anfänglich auf einen kleinen Bezirk des Kehlkopfs beschränkt zu sein pflegt; trotzdem dieser der chirurgischen Hilfleistung ausreichend zugänglich ist, gelingt es doch nur äusserst selten, die Ausbreitung des Processes auf den Gesammtorganismus hintanzuhalten. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bleiben die Ulcera nur kurze Zeit auf den ursprünglich ergriffenen Bezirk beschränkt. Sehr bald verschwären auch andere bis dahin gesunde Punkte des Larynx, heftiges Schluckweh stellt sich ein und damit wird dann die Ernährung so erschwert, dass die Patienten, selbst, wenn sich Lungen- und Darmschwindsucht nicht hinzugesellen würden, doch allein schon in Folge der Dysphagie nach wenigen Monaten an Inanition zu Grunde gehen müssten.

Worin liegen die Hindernisse für eine erfolgreiche locale Behandlung der tuberculösen Larynxulcera? Eins der wesentlichsten ist offenbar die Unmöglichkeit, den Kehlkopf zu immobilisiren. Ein anderes, meines Erachtens nicht unwichtiges liegt in dem Umstande, dass bei ulceröser Phthise sich manchmal im Innern des Kehlkopfs dicke, graugelbe, schleimige Eitermassen finden, die ihrer zähen Beschaffenheit wegen überaus fest haften. Weder vermag der Patient durch noch so energische Hustenstösse sich davon zu befreien, noch ist der Arzt durch die bisherigen localen Behandlungsmethoden (Auspinseln, Ausspritzen mittelst einer kleinen, wenige Gramm Flüssigkeit enthaltenden Spritze) im Stande, sie mit gehöriger Schnelligkeit, Sicherheit und Ausgiebigkeit zu eliminiren. Inhalationen sind gegen dieselben ebenso ohnmächtig, als Expectorantien; kurz dies pathologische Secret spottet jedes Versuches, es fortzuschaffen.

Darüber, dass es in Folge dieser Eigenschaft viel Unheil anrichtet, Worte zu verlieren, ist überflüssig. Es erschwert nicht nur mechanisch

Digitized by Google

durch seine blosse Anwesenheit den Athmungs- und Phonationsprocess, verhindert nicht allein die unmittelbare Berührung der Geschwürsflächen mit den zur Heilung derselben in den Kehlkopf eingebrachten Medicamenten, nein, es entfaltet auch noch eine andere, directe und viel schwerer in's Gewicht fallende, schädigende Wirksamkeit. Da es nämlich einen guten Nährboden für alle möglichen Microparasiten abgiebt, so inficirt es einestheils die im Kehlkopf bereits vorhandenen Geschwüre immer von Neuem, anderentheils scheint es der Hauptfactor jener oben erwähnten, für den Patienten so verhängnissvollen Ausbreitungsart geschwüriger Larynxprocesse zu sein, deren Wesen darin besteht, dass in einem bereits stellenweise ulcerirten Kehlkopf plötzlich an einem bis dahin gesunden und durchaus nicht infiltrirten Punkt neue Geschwüre auftauchen, ohne dass eine directe Berührung der frisch erkrankten Partien mit den alten Ulcera möglich gewesen wäre. Die Uebertragung hat hier offenbar auf dem Wege der Selbstüberimpfung mittelst jener schleimigen, festhaftenden Eitermassen stattgefunden.

Woher stammt das Secret? Offenbar aus dem Kehlkopf, denn wenn es in der Lunge gebildet wäre, würde es bei seiner grossen Zähigkeit und der Eigenschaft, auf der Unterlage überaus fest zu haften, nicht den weiten Weg bis zum Larynx haben zurücklegen können.

Wo sitzt es? Meistens in und auf der Stimmritze, namentlich an der vorderen Commissur; ausserdem kann es aber auch noch an allen anderen Punkten des Kehlkopfs, an den Epiglottisrändern, an den Aryknorpeln, den falschen Stimmbändern etc. haften.

Wie kann es fortgeschafft werden? Mit den bisherigen Methoden ist dies, wie gesagt, unmöglich. Nach vielen Versuchen habe ich nunmehr ein Verfahren gefunden, welches sicher zum Ziel führt. Dasselbe erscheint zwar im ersten Augenblick heroisch, ich kann aber mit Bestimmtheit versichern, dass es gut vertragen wird. Es besteht in der Auswaschung des Kehlkopfs mit grossen Wassermengen, die unter hohem Druck und in starkem Strahl in den Larynx getrieben werden. Es ist dies mutatis mutandis dasselbe Verfahren, das ich vor einem Jahre in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1887, I, zur Entfernung pathologischer Secrete aus dem Gehörgang und der Trommelhöhle empfohlen habe. Mein kleiner Aufsatz hat damals mannigfache Erwiderungen hervorgerufen. Namentlich wurde geäussert, dass die Methode zwar äusserst wirksam, jedoch in vielen Fällen zu heroisch erscheine. Dem gegenüber bemerke ich, dass ich nie andere als forcirte Wasserinjectionen bei Patienten jeden Alters und Geschlechts, bei was für einer Ohrenkrankheit immer, sobald nur die Indication zur Ausspritzung gegeben ist, mache und dass ich das Verfahren seit der erwähnten Publication mindestens 2000 Mal von Neuem in Anwendung gezogen habe, ohne dass, abgesehen von leichten, bald vorübergehenden, übrigens selten eintretenden Schwindelerscheinungen irgend welche Unbequemlichkeit für den Patienten daraus resultirt hätte.

Es ist vorauszusehen, dass ähnliche Einwendungen, wie gegen die forcirten Ohreinspritzungen — und wohl anscheinend mit noch mehr Recht — auch gegen die forcirten Kehlkopfinjectionen werden erhoben werden. Ich habe hierauf nur die eine Erwiderung: „Probiren geht über Studiren.“ Es giebt kein anderes Mittel, die Secrete aus Ohr und

Digitized by Google

Kehlkopf gründlich fortzuschaffen. Beide Organe vertragen, mögen sie noch so erkrankt sein, den Eingriff wunderbar gut.

Im Speciellen gestaltet sich die Sache folgendermassen: Patient und Arzt sitzen, wie beim Laryngoscopiren üblich. Ersterer zieht seine vom Handtuch umwickelte Zunge mit der rechten Hand heraus, während ein links von ihm stehender Gehilfe ein Becken unter sein Kinn hält. Letzterer hält in seiner rechten Hand ein gewöhnliches, gekrümmtes Pulverbläserrohr von Glas oder Hartgummi, das vermittelst eines durch einen Hahn unterbrochenen Gummischlauches mit dem langen Rohre einer circa 1 Liter enthaltenden Spritzflasche in Verbindung steht. — An deren kurzes Rohr setzt sich ein kräftiges Doppelgebläse. Vor Beginn der Operation wird dies ad maximum aufgeblasen und durch Oeffnen des Hahnes das Pulverbläserrohr mit der Spritzflüssigkeit gefüllt. Nun wird der Hahn geschlossen; der Arzt führt mit Hilfe des in der linken Hand gehaltenen Spiegels das mit der rechten gefasste Pulverbläserrohr in den Kehlkopf ein. Wenn Alles in Ordnung ist, wird der Hahn von dem links vom Patienten stehenden Gehilfen geöffnet; ein kräftiger, bleifederdicker Wasserstrahl dringt in den Larynx direct auf den Punkt, wo die Geschwüre sitzen resp. wo der Schleimpflock liegt. Damit die lebendige Kraft des Strahles sich während der Ausspritzung nicht vermindere, drückt ein zweiter Gehilfe fortwährend das Doppelgebläse an.

Statt eines Pulverbläserrohrs kann man auch das Endstück einer passend gekrümmten, kleinen Vaginaldouche in den Kehlkopf einführen; man erhält dann eine kräftige Brause anstatt eines einfachen Strahls.

Als Spritzflüssigkeit habe ich reines Wasser oder $^1/_2$ pCt. Kochsalzlösung entweder rein oder mit $^1/_4$ ‰ Sublimat, Creolinwasser $^1/_2$ ‰ angewendet. Die zu einer einmaligen gründlichen Reinigung des Kehlkopfs nöthige Wassermenge beträgt ca. 100—150 Grmm. Natürlich wird dies Quantum nicht in continuo eingespritzt; man macht vielmehr nach dem Einlauf von je 40—50 Grmm. immer eine kleine Pause, sieht nach, ob die Procedur schon genügt hat, oder ob noch Schleim im Kehlkopf liegt u. s. w. Uebrigens gelingt es manchmal nicht gleich in der ersten Sitzung alles Larynxsecret herauszubringen. So vermochte ich bei einem Tuberculösen selbst nach mehrtägigem Spritzen den angeschwellten Aryknorpel nicht ganz von seiner gelbgrauen Schleimauflagerung zu befreien und doch waren gerade bei diesem Patienten die übrigen Theile des Larynx, die vor der Ausspritzung ganz von Schleim bedeckt gewesen waren, schon nach Injection von ca. 50 Grmm. schleimfrei geworden. Bei einer Patientin mit zerfallenem Gumma der hinteren Rachenwand löste sich der diphtheritische Belag erst nach 24 Stunden (bei der zweiten Ausspritzung) in toto ab. Namentlich macht es Schwierigkeiten, den in der vorderen Commissur der Stimmritze steckenden kleinen Schleimpfropf zu entfernen. Das Spritzwasser wird lauwarm genommen.

Selbstverständlich kann man das forcirte Verfahren auch zur Einbringung von Medicamenten in Anwendung ziehen. So habe ich mehrfach chronische Catarrhe im hyperplastischen Stadium mit je 1—200 Grmm. einer 3proctgen. Taninlösung ausgespritzt; der Erfolg war nicht sehr befriedigend; in einem Falle kam sogar ein acuter Kehlkopfcatarrh hinzu. Eine Complication, die sich übrigens auch einmal bei einer Larynxtuberculose einstellte, weil allzustarke Sublimatlösung (1 ‰) genommen

Digitized by Google

worden war. Ich möchte daher vorläufig das forcirte Einspritzungsverfahren nur zur Entfernung zäher und festhaftender Secretmassen empfehlen.

Wie steht es mit der Schluckpneumonie? Können bei so forcirten Injectionen die Wassermassen nicht bis zur Lunge vordringen? Nein! Das ist unmöglich. Die Glottis schliesst sich nämlich sofort reflectorisch, sobald ein Fremdkörper von der kräftigen Reizwirkung eines starken Wasserstrahls in den Kehlkopf gelangt. Doch lasse ich vor Beginn der Procedur vorsichtshalber den Patienten ääää . . . . sagen. Erst wenn er phonirt, wird der Zuführungshahn geöffnet. Der Patient macht dann hüstelnde und räuspernde Exspirationen, in Folge deren kein Tropfen Wasser die Trachea erreicht.

Da hierbei auch die hintere Oesophaguswand dem Larynx anliegt, kann auch keine Flüssigkeit in den Magen gelangen. Die ganze Procedur ist in Praxi viel milder, als man nach der Beschreibung vermuthet.

Und nun die Wirkung; sie ist — natürlich nur in geeigneten Fällen, d. h. in solchen, wo zähes Secret den Kehlkopf obstruirt, eine recht erfreuliche. Sofort giebt der Patient an, sich um vieles besser zu fühlen. Er athme weit leichter, ihm sei freier zu Muthe. Ueberraschend ist der Umstand, dass die Stimme sich bedeutend bessert; das erklärt sich dadurch, dass der die Schwingungen der Stimmbänder bis dahin hemmende Schleimbelag weggespült ist.

Wie lange hält die Besserung vor? Natürlich nur, bis sich der Schleim wieder angesammelt hat. Das erfordert eine verhältnissmässig lange Zeit; im ungünstigsten Falle doch immer ein paar Stunden. Der Kehlkopf ist ja nicht reich an Schleimdrüsen, führt deren nur an einigen wenigen Stellen. Ebenso ist die Absonderung bei ulcerösen Processen bekanntlich eine mässige. Daher hält für gewöhnlich die Besserung der Stimme und des Allgemeinbefindens nahezu einen halben Tag und darüber an. Natürlich kann man die Auswaschung, je nach Bedarf, ein oder mehrere Male am Tage vornehmen.

Kann das Verfahren irgend welche Nachtheile im Gefolge haben? Wenn man vorsichtig verfährt und sich genau innerhalb der angegebenen Grenzen hält, wenn man namentlich die Procedur nur zu dem Zwecke der Entfernung von Secreten aus dem Kehlkopfinnern vornimmt, hat man nicht das Geringste zu fürchten. Injicirt man dagegen zu grosse Quanta oder nimmt man die Flüssigkeiten zu concentrirt, so treten leicht acute Reizzustände ein, wie schon oben erwähnt wurde.

Schliesslich noch Eins: Bekanntlich haben die Ohrenärzte festgestellt, dass sich die in den Gehörgang eingedrungenen Fremdkörper am leichtesten durch kräftige Wasserinjectionen entfernen lassen. Sollte sich, Angesichts der oben entwickelten Thatsachen, sowie des Umstandes, dass instrumentelle Manipulationen im Kehlkopfe leicht Reizzustände im Gefolge haben, nicht auch für manche Fälle von Fremdkörpern des Larynx die Ausspritzungsmethode empfehlen? Ich zweifle nicht, dass locker im Kehlkopf liegende Gegenstände durch einen kräftigen Wasserstrahl bei geschlossener Glottis in die Mundhöhle getrieben werden können.

Digitized by Google

Berichtigung

einer von Dr. R. Norris Wolfenden in The Journal of Laryngology (Vol. II, No. 3, March 1888, pag. 102) auf Tracheocele gestellten Diagnose.

In der März-Nummer 1888 des von Sir Morell Mackenzie und R. Norris Wolfenden herausgegebenen Journal of Laryngology and Rhinology berichtet letzterer über drei von ihm beobachtete Fälle von Tracheocele. Ich behaupte nun, dass der Patient des ersten dieser drei Fälle, den ich auch zu untersuchen Gelegenheit hatte, nicht an Tracheocele gelitten hat, und werde die Richtigkeit dieser Behauptung beweisen.

Dr. Wolfenden's Bericht l. c. lautet in wörtlicher Uebersetzung also:

„I. Der Patient, ein wohl entwickelter und intelligenter Deutscher, 20 Jahre alt, Hôtelkellner, bemerkte erstmals im December 1886 ein Vollsein des Halses oberhalb der Sternalgrube, welche auf jeder der beiden Seiten der Trachea einen Tumor bildete. Sie war durch einen Arzt am Ort (local practitioner) als Kropf behandelt worden, dem sie auch völlig ähnlich war. Unter Behandlung mit Jod schien sie sich für eine gewisse Zeit zu verkleinern, doch nicht vollständig, und später vergrösserte sie sich wieder. Bei der ersten Besichtigung in dem Throat-Hospital beim Eintritt in die Behandlung fand ich eine weiche Vergrösserung beider Schilddrüsenlappen und bemerkte, dass beim Husten der Tumor ein wenig mehr prominent wurde. Patient beklagte sich über einen gewissen Grad Athemnoth bei Anstrengung und unbequemes Gefühl des Druckes beim Athmen. Die Stimme war heiser, die Stimmbänder congestionirt und ihre Bewegungen träge. Anfangs fasste ich den Fall auf als einfachen Kropf und behandelte ihn mit Einsenken von electrolytischen Nadeln und Faradisation. Der Kropf war bald zum Verschwinden gebracht durch tägliche Sitzungen, und dann war es deutlich, dass es sich handelte um einen lufthaltigen Tumor, der mit der Luftröhre communicirte, und auf welchen meine Aufmerksamkeit zuerst gelenkt wurde durch die Behauptung des Patienten: „Ich kann es aufblasen". Während seines übrigen Aufenthaltes im Spital war kaum irgend etwas Anderes zu bemerken, als Schwellung, hauptsächlich gelagert über der rechten Seite des Halses in der Gegend der unteren Parthie der Thyreoidea. Wenn der Tumor vollständig ausgedehnt war durch forcirte Exspiration bei geschlossenem Munde und Nase, erschien er abgerundet und gut abgegrenzt, sich erhebend über dem Ringknorpel, nach rechts sich ausdehnend unter den Rand des Sternocleidomastoideus und die Sternalgrube in ihrem oberen Theil ausfüllend. Links war ein ähnlicher aber kleinerer Tumor, nicht ganz bis zu dem Ringknorpel, noch bis zum Sternomastoideus sich erstreckend. Die zwei Tumoren erschienen verbunden durch eine Schwellung an der Vorderseite der Trachea, welche beim Aufblasen zu gleicher Zeit mit den anderen Parthien anschwoll. Ich und Andere dachten, diese zwei Tumoren seien unabhängig von einander, da die Verhinderung der Ausdehnung des Haupttumors der rechten Seite durch Compression die Aufschwellung des Tumors der linken Seite während einer forcirten Exspiration nicht verhindern konnte. Der Halsumfang war zuletzt 13¾", aufgeblasen 15". Husten verursachte einigermaassen Ausdehnung der Tumoren, äussere Compression würde die Aus-

Digitized by Google

dehnung verhindern, aber während Compression, ausgeübt an einem Fleck hart neben dem Ringknorpel rechterseits, die Anschwellung dieser Seite verhindert, wird der Tumor der linken Seite voll ausgedehnt und umgekehrt. Bei der Auscultation wurde das Trachealgeräusch stark gehört. Der Tumor war nicht tympanitisch, wohl in Folge dicker Beschaffenheit seiner Wand, und Crepitation liess sich nicht hervorbringen. Wie in anderen Fällen, war der Kehlkopf etwas congestionirt und die Muskelcontractionen träge. Die Stimme war heiser und schwach. Die einzige Behandlung bestand in Anlegung eines Polsters zu permanenter Compression, welche der Patient ununterbrochen zu tragen angewiesen wurde.

Betreffs der Anamnese können weder gewaltsame Exspiration, noch Husten, noch Erbrechen als Ursache ergründet werden. Ich füge eine Zeichnung des Falles bei, welcher dadurch interessant ist, dass bei gleichzeitigem Vorhandensein von Kropf und Tracheocele der erstere die Anwesenheit der letzteren für einige Zeit verdeckt hat."

Ich schliesse nun sofort meine eigenen Beobachtungen an:

Der Patient, ein wohlentwickelter, intelligenter Schwabe, 20 Jahre alt, Hôtelkellner, Namens Karl Kr. aus Pfalzgrafenweiler im Schwarzwald, wandte sich am 22. November 1887 an mich mit der Klage, dass er engathmig sei.

Dabei hatte er eine heisere, eigenthümlich hohe, dünne Stimme mit inspiratorischem Stridor, zwar in Ruhe kein Gefühl von Athemnoth, wohl aber bei Anstrengung, besonders beim Treppensteigen. Die Untersuchung ergab Folgendes:

Die Glandula thyreoidea ist im Allgemeinen etwas vergrössert, ihr linker Lappen bildet einen ausserordentlich harten, tief nach hinten und besonders unten in den Schulterring hineinragenden, der Trachea hart anliegenden, nicht verschieblichen Tumor. An der über dieser tief gelegenen Geschwulst ausgebreiteten Haut findet sich eine Reihe von kleinen, rundlichen Narben, welche sich nicht in die Tiefe erstrecken und die Haut in ihrer Verschieblichkeit nicht im Mindesten beeinträchtigen.

Bei Laryngoscopie und Tracheoscopie erscheint der Kehlkopf nach Lage, Form, und ganz besonders nach Muskelthätigkeit durchaus gesund, nur ist seine Schleimhaut insgesammt, also auch die der Stimmbänder, hochgradig geröthet, dagegen ist der obere Theil der Trachea vom 1.—6. Knorpelring derart nach rechts verdrängt, dass man von der rechten Wand des oberen Trachealtheils keine Spur sehen kann, während die linke Trachealwand in der erwähnten Höhe weit über die Medianlinie hinaus in das Lumen der Luftröhre hineinragt, und zwar in der Weise, dass ihre vordere Hälfte concav, ihre hintere Hälfte convex erscheint; letzterer Abschnitt kann aber nur bei Untersuchung im Stehen gesehen werden. Diese linksseitige Trachealwand bietet also die Gestalt dar vom Haken eines Fragezeichens. Die Untersuchung schien mir beendet und ich rieth dem Patienten auf sein energisches Drängen nach Abhilfe zur Exstirpation des die Dyspnoe verursachenden Strumaknollens, da der strebsame junge Mann behauptete, dadurch in seinem Fortkommen gehindert zu sein und um jeden Preis von dem hemmenden Uebel befreit sein wollte.

Da erklärte er, noch etwas an sich zu haben, was schon die Aerzte

Digitized by Google

im Throat Hospital in London, die ihn untersuchten — er nannte dessen consulting Physician Sir Morell Mackenzie, der ihn auch laryngoscopirte, und die DDr. N. Wolfenden und Hovell — interessirt habe, als er in der Zeit vom 21. März bis 30. April 1887 wegen seiner Kurzathmigkeit dort Aufnahme gefunden: er könne seinen Hals zu einer Geschwulst aufblasen, welche in jenem Spital für eine Luftgeschwulst gehalten und als solch' interessanter Fall öfters den Klinicisten vorgestellt und von einer Malerin abgezeichnet worden sei. (Cfr. den Holzschnitt in Mackenzie's Journal l. c.)

Die Untersuchung in dieser Richtung ergab nun Folgendes: In gewöhnlichem Zustande war am Hals des Patienten ausser der Struma nichts zu finden, dagegen wölbte sich bei jeder stärkeren Exspiration bei geschlossener Glottis, also bei Husten, Drängen, Blasen, in der Höhe des Schildknorpels bis gegen die Sternalgrube herab eine Geschwulst hervor, welche mit dem grösseren Theil rechts von der Medianlinie liegend bei Besichtigung ganz gleichmässig, d. h. ohne jede Einkerbung, Lappung u. dgl. erschien, bei Abtasten ohne scharf umschriebene Grenze in die Umgebung überging, sich weich, doch solid, nicht elastisch anfühlte, nicht knisterte, keinen tympanitischen Ton ergab, vielmehr bei jeglichem Füllungsgrad den vor der Füllung vorhandenen tympanitischen Schall des Luftrohres entsprechend abschwächte, endlich bei stärkerer Füllung sogar verschwinden liess. Bei allgemeiner Compression wurde das Auftreten der ganzen Geschwulst verhindert. Bei Compression eines Theils der Geschwust konnte nie ein Punkt gefunden werden, von dem aus das Auftreten eines Theils der Geschwulst oder gar der ganzen Geschwulst verhindert werden konnte. Die Auscultation der Geschwulst ergab keinerlei eigene Geräusche. Die Anamnese wies keine Ursache für Tracheocele nach.

In Anbetracht dieser positiven und negativen Eigenschaften des Tumors konnte ich unmöglich an Tracheocele glauben, sondern nahm an, dass er durch gestaute, geblähte Venen gebildet werde und verblieb bei der Ansicht, dass die geklagten Beschwerden nicht von dieser Blähgeschwulst abhängen, vielmehr lediglich auf den tiefliegenden Kropf zu schieben seien. Ich wies deshalb den Patienten am Tage nachher dem Chirurgen Medicinalrath Dr. Burckhardt zur Exstirpation der Struma zu, welcher ebenfalls sofort die Annahme von Tracheocele zurückwies. Auch der obengenannte „local practitioner", Dr. Levy in Pfalzgrafenweiler, hat, wie ich nachträglich erfuhr, von Anfang an keine Tracheocele angenommen, sondern geblähte Venen.

Am 7. December 1887 wurde bei dem Patienten die Exstirpation der die Trachea in oben geschilderter Weise comprimirenden Struma durch Medicinalrath Dr. Burckhardt vorgenommen, sie hat gleichsam als Autopsie die Richtigkeit der vorher gestellten Diagnose von Blähvenen vollauf bestätigt: Der Schnitt, welcher den Zugang zu der Struma eröffnen sollte, führte auch über die Stelle der Blähgeschwulst. Solange nun Patient ruhig athmete, konnte daselbst Auge und Finger nur durchaus normale Verhältnisse erkennen, sobald er aber presste, sah man die normaler Weise dort, vor dem Schild- und Ringknorpel und der Trachea

Digitized by Google

verlaufenden, dem Auge deutlich sichtbaren Venen sich hochgradig mit Blut anfüllen, aufblähen und beim Nachlassen des Pressens wieder auf das normale Volumen zusammenfallen. Sie wurden meist doppelt unterbunden und durchgeschnitten, sodann die Exstirpation der Struma vollendet. Von einer weiteren Geschwulst, also besonders einer Tracheocele, war absolut nichts zu entdecken.

Endlich schliesse ich mit dem mir heute zugegangenen Bericht über die wichtigsten Punkte des neuesten Status präsens: Dr. Levy hatte die Güte, den Patienten am 19. April 1888 in seiner Heimath zu untersuchen. Er fand: „Von einer Blähgeschwulst ist keine Spur mehr vorhanden, ebenso keine Struma; Stimme ist seit Operation viel kräftiger geworden, trotzdem Patient bei Wind und Wetter draussen war und sich in keiner Weise schonte. Kein Husten, keine Athemnoth. Die laryngoscopische Untersuchung ergiebt noch mässige Röthung der Stimmbänder, keine Zeichen von Recurrenslähmung".

Es beweist also der Befund sowohl vor, als auch während der Operation mit unumstösslicher Sicherheit, dass die im Throat-Hospital angenommene Diagnose einer Tracheocele unrichtig, dagegen die von den drei deutschen Aerzten sofort und unabhängig von einander auf Blähvenen gestellte Diagnose die richtige gewesen ist.

Des Senior Physician to the Throat-Hospital, Dr. Wolfenden Fall I muss also aus der Statistik der Tracheocele gestrichen werden.

20. April 1888.

Dr. Krieg (Stuttgart).

Ueber Ozaena laryngis. (*περὶ Ὀζαίνης λαρυγγικῆς.*) Von Dr. M. Tsakyroglous in Smyrna. (Autoreferat.)

Verf. bespricht einen Fall von primärer Ozaena laryngis ohne Complication von Ozaena nasalis.

Der Fall wurde im Jahre 1886 an einem 19jähr. Mädchen beobachtet. Patientin klagte, sie habe vor einem Monat eine juckende Empfindung im Halse gespürt; zugleich bemerkte sie, dass ihr Athem übel gerochen und dass sie von Zeit zu Zeit schmutzigbraune Secretborke ausgeworfen habe, welche lange Zeit den üblen Geruch beibehielt. Nach jedesmaliger Entfernung der Borken, die jeden zweiten oder dritten Tag stattfand, wurde die Kranke von dieser Unannehmlichkeit befreit. Heiserkeit war immer mit der Ansammlung dieser Massen im Larynx verbunden.

Der laryngoscopische Befund war folgender:

Die Schleimhaut des Pharynx war anaemisch, die Epiglottis und beide wahre Stimmbänder roth gefärbt, wie beim chronischen Catarrh. Auf der oberen Fläche der unteren Stimmbänder, an der vorderen Commissur, sowie an der unteren Fläche und der Morgagni'schen Höhle sah man die braunen Secretborken aufliegen. Nach Entfernung dieser Massen wurden auch die unterliegenden Theile des Larynx roth injicirt, aber nicht exulcerirt gesehen. In der Trachea normaler Zustand. In der Nase ebenfalls nichts Auffälliges.

Dieser Zustand dauerte beinahe 5 Monate, dann wich er der continuirlichen localen und internen Therapie. Die Heilung besteht fort.

Solcher Fälle sind erst neuerdings nur 3 von Dr. Luc in Paris

Digitized by Google

publicirt worden. Bei diesen 3 Fällen aber handelte es sich um Personen, welche an Ozaena nasalis litten, und bei denen grüne, übelriechende Secretborken nur in der Trachea sich vorfanden; deswegen nennt er diesen Befund Ozène trachéal. Wegen der kurzen Zeit, die Luc zur Beobachtung seiner Kranken zur Verfügung hatte, ist über den Verlauf und die Therapie der Krankheit wenig mitgetheilt. Fränkel erwähnt ebenfalls, dass er bei einer Ozaena die selben Schleimborken im Pharynx und selbst in der Trachea beobachtet habe.

Therapie. Inhalationen von Carbolsäure, und besonders Resorcin, hatten von den angewendeten Heilmitteln den besten Erfolg. Jodoform-Einblasungen übten keine Wirkung aus. Bepinselungen mit Lugol'scher Solution und zuletzt mit Glycerin und Tinct. Jodin. (5 : 10) bewirkten die gänzliche Heilung der Schleimhaut. Innerlich Creosot trug, wie der Verf. glaubt, wesentlich zur Heilung bei.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Zur Gehirnlocalisation. Von Dr. Renvers, Assistent der Leyden'schen Klinik. (Deutsche medic. Wochenschr. 1888, No. 17.)

Der Aufsatz bringt einen interessanten klinischen Beitrag zur Frage nach der Kreuzung der Acusticusfasern im menschlichen Hirn, wie solche für das Hundehirn durch die Experimente von Munk und Ferrier entschieden worden ist. Bei einem 55jährigen Arbeiter, welcher als Kind Masern und Scharlach überstanden und im 12. Jahre an beiderseitiger Otorrhoe gelitten hatte, nach welcher mässige Schwerhörigkeit zurückgeblieben war, entwickelte sich im Jahre 1885 allmählig eine lähmungsartige Schwäche im linken Arme, später auch im linken Beine mit Verschlechterung des Sehvermögens (linksseitige homonyme Hemianopsie bei erhaltenem Lichtreflex); doch blieb Pat. noch arbeitsfähig, bis 2 Jahre später ein apoplectiformer Insult mit totaler linksseitiger Hemiplegie, Lähmung der linken Gesichtshälfte und völliger linksseitiger Taubheit auftrat; im Verlauf der nächsten Wochen verlor sich die Lähmung des Beines sowie des Gesichtes, die Taubheit für Luft- und Knochenleitung linkerseits, sowie die Armlähmung aber persistirten. Beide Trommelfelle zeigten fleckweise Verkalkungen und narbige Veränderungen, linkes Trommelfell eingezogen; rechts Taschenuhr in 10 Ctm. Entfernung, daselbst Knochenleitung erhalten. Einem zweiten, einige Wochen später erfolgenden Insulte mit tiefem Coma erlag der Patient.

Die Obduction ergab eine durch arteriosclerotische Thrombose entstandene gelbe Erweichung ausgedehnter Bezirke der rechten Grosshirnrinde: der mittleren Hälfte der vorderen Centralwindung mit Ausläufern nach dem hinteren Theil der ersten und zweiten Stirnwindung (hintere Centralwindung und Lobus paracentralis waren frei geblieben), sodann grösserer Theile des Scheitellappens, des mittleren Gyrus des Schläfenlappens bei Intactheit der oberen und unteren Schläfenwindungen; der Gyrus occipit. II. bildete die hintere Grenze des Erweichungsheerdes; der Process beschränkte sich in der motorischen und Stirnregion wesentlich auf die Rinde, nur am Schläfen- und Scheitellappen war derselbe

Digitized by Google

bis zur Markschichte vorgedrungen, der Gehirnstamm und die basalen Ganglien waren intact. — Die Aufmeisselung der Felsenbeine ergab keine macroscopischen Veränderungen.

Der Fall findet ein interessantes Analogon in einem auf der Strassburger Klinik beobachteten und von Kaufmann (Berl. klin. Wochenschrift 1886, 32 — Referat cf. diese Monatsschr. 1886, pag. 332) mitgetheilten Krankheitsfalle, welcher eine 79jähr., bis dahin gut hörende Frau betraf, bei welcher sich im Anschlusse an einen apoplectischen Anfall linksseitige Hemiplegie und linksseitige Taubheit einstellte; Tod nach 7 Wochen. Die Section ergab im rechten Grosshirn umfangreiche, durch Thrombose des hinteren Astes der Art. foss. Sylvii entstandene Erweichungsherde im Schläfen-, Scheitel- und Hinterhauptslappen. Wenn in diesem Falle ein zwingender Nachweis für die Localisation des sensorischen Acusticuscentrum's im Schläfenlappen deshalb nicht zu führen war, weil ausser der Zerstörung der hier in Frage kommenden Theile auch grosse Strecken der weissen Markstrahlung und damit die Verbindungsbahnen der Rinde mit den Acusticuskernen in den Erweichungsprocess hinein bezogen waren, so ist in dieser Hinsicht der Renvers'sche Fall um so belangreicher, als bei demselben nur die Rindensubstanz des mittleren Theiles des Schläfelappens sich erweicht zeigte, das Marklager aber und die übrigen Rindenparthien des Schläfelappens sich intact erwiesen. Wenn der Herr Verf. anführt, „dass mit Rücksicht auf die erwähnten anatomischen Veränderungen im Schallleitungs-Apparat des linken Ohres der Zusammenhang der linksseitigen Taubheit mit einer Erkrankung des rechten Schläfelappens nur mit der grössten Reserve gemacht worden sei", so dürfte diese Vorsicht wohl übertrieben erscheinen; die für Luft- und Knochenleitung constatirte linksseitige Taubheit kann in den erwähnten peripheren Veränderungen am Gehörorgan nicht ihre Erklärung finden, für welche die Erkrankung des Schläfelappens wohl allein heranzuziehen sein dürfte. Keller.

Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane von G. Schwalbe. Mit 199 Holzschnitten. Erlangen. Verlag von E. Bezold. 1887. Besprochen von Prof. Dr. Rüdinger. (Fortsetzung statt Schluss.)

In dem Abschnitt B wird der schallleitende Apparat (Schallrohr, Hilfsorgane des Gehörorgans) besprochen.

Obschon bei der Beschreibung der Ohrmuschel die anthropologische Seite derselben nicht erörtert wird, fanden doch einige Varietäten ihrer Modellirung Berücksichtigung, und ich muss es bei dieser Gelegenheit beklagen, dass wir von Seite der clinisch thätigen Fachgenossen, welchen täglich ein reiches Material durch die Hände geht, nicht schon längst eine Fixirung der Formverschiedenheiten der Ohrmuschel nach Race, Geschlecht und besonderen Individualitäten erhalten haben. Auf die Raceneigenthümlichkeiten habe ich schon längst geachtet, und ich hoffe, demnächst einige Bemerkungen über typische Formen und individuelle Abweichungen machen zu können. Schwalbe hat den Ohr-Index bestimmt und fand denselben an deutschen Ohren zwischen 54 und 68,5 schwankend. Ich habe denselben beim Gorilla, Chimpanse und dem Orang-Utang gemessen und fand ihn grösser, als beim Menschen, ein

Digitized by Google

Ergebniss, welches mit den diesbezüglichen Resultaten Topinard's u. A. bei Negern übereinstimmt. Nachdem die gelben elastischen Knorpel der Ohrmuschel und des äusseren Gehörganges, die Bänder und die theils rudimentäre Musculatur desselben beschrieben, und bei letzterer darauf hingewiesen wird, dass nach Duchenne und v. Ziemssen der Musc. tragicus und antitragicus bei isolirter electrischer Reizung den Eingang zum Gehörgang verengern, erfährt dieser nach Gestalt, Dimensionen und Lage eine eingehende Betrachtung. Auch hier finden die Arbeiten von Gappey, Hyrtl und Bezold volle Würdigung und es werden von dem zuletzt genannten Autor die Ergebnisse an dessen Corrosionspräparaten eingehend beachtet. Ebenso hat auch die interessante Bildungsweise des äusseren Gehörganges, welche zuerst von Zuckerkandl festgestellt wurde, eine specielle Besprechung erfahren. Die Ohrenschmalzdrüsen bezeichnet Schwalbe auf Grund ihres histologischen Baues als eigenthümlich modificirte Schweissdrüsen und giebt nicht zu, dass dieselben die fettigen Bestandtheile des Ohrenschmalzes secerniren. Das Fett wird nach Sch. nur in den Talgdrüsen der Haarbälge gebildet, deren schlauchförmige Beschaffenheit auffalle und deren Mündung an der Grube, wo das Haar aus der Epidermis hervortritt, eine Mischung des Secretes aus beiden Drüsenarten ermögliche. Die Auskleidung des knöchernen Gehörganges ist frei von Drüsen und Härchen und nur mit Gefässpapillen versehen. Die reichen eigenartigen „Gefässnetze" der Auskleidung des Gehörganges, welche Referent beschrieben und abgebildet hat, fanden bei dieser Darstellung keine Beachtung.

Bei der Darstellung der Membrana flaccida des Trommelfelles findet das Foramen Rivini eine eingehende Erörterung. Dem Referenten scheint die Bochdalek'sche Beweisführung für die Existenz einer Spalte oder eines Canälchens in der Membrana flaccida hinten und oben an der Eminentia mallei mit Hilfe der Borstensondirung nicht genügend. Mit Geduld und Ausdauer ist es auch ihm gelungen, an anderen Stellen des Trommelfelles Schweinsborsten durch dasselbe durchzubringen. Meine Querschnitte beim Erwachsenen ergaben keine epitheliale Auskleidung jener verdünnten Stelle am oberen Trommelfellrande, und die Entwickelung des Trommelfelles spricht bei normalem Verhalten desselben gegen das Vorhandensein einer Lücke in der Schrapnell'schen Membran. Während Schwalbe eine definitive Entscheidung der Realität der Rivini'schen Oeffnung von dem Studium microscopischer Schnittserien abhängig sein lässt, kann ich ergänzend die Mittheilung machen, dass meine Untersuchuugen lückenloser Serien von Köpfen vieler Reptilien, Vögeln, Säugethieren und dem menschlichen Fötus ergeben haben, dass keine epitheliale offene Lücke, keine Spalte und kein von Epithel ausgekleidetes Röhrchen im Trommelfell existirt.

Bezüglich der Gestalt der Membrana tensa hat Sch. sehr schön den normalen Trommelfellumriss in einen Kreis gezeichnet und so die Abweichung des ersteren von letzterem klar zur Anschauung gebracht, und zweifellos sind auch die genauen Angaben der Dimensionen der Trommelfellabschnitte, welche vor, hinter und unter dem Hammergriff angebracht sind, von hohem Werth für den Ohrenarzt. Nicht minder die Neigung des Trommelfelles zur Horizontalebene, welche Schwalbe auf 45—55° bestimmt hat. Würde man die Durchschnittslinien beider Trommelfellebenen nach abwärts verlängern, so würden sie sich unter einem nach

Digitized by Google

oben offenen Winkel von 80°—90° schneiden. Die Declination des Trommelfelles wurde an Horizontalschnitten bestimmt. Die Durchschnittslinie der Trommelfellebene bildet an solchen Präparaten mit der Medianebene einen nach hinten offenen Winkel von etwa 50°, und beide Durchschnittslinien, nach vorn verlängert, würden sich demnach unter einem hinten offenen Winkel von 100° schneiden. Reiht man diesen Bestimmungen die Winkelverhältnisse des ovalen Fensters mit der Steigbügelfussplatte, die Winkel dieser, d. h. die Stellung derselben zu den Neuroepithelstellen der Säckchen, an, so ergeben sich Auffassungen und Betrachtungen, welche vielleicht doch einer „mathematischen Morphologie" entgegensteuern! Nur scheint es mir bedenklich, wenn Sanguiniker ein unreifes Kind das Laufen lehren wollen. Was die Resistenz des Trommelfelles betrifft, so acceptirt Sch. die Forschungsergebnisse von Schmidekam und Hensen. Bei der Betrachtung des feineren Baues des Trommelfelles werden alle einzelnen Schichten desselben eingehend erörtert und die Beziehungen des Hammers zur Membrana propria, in Fig. 167, ebenso dargestellt, wie es vom Referenten zuerst geschehen ist. Eine sehr schöne Abbildung über die Radiärfaserschichte des Trommelfelles ist in Fig. 169, Seite 456, gegeben. Die homogenen, steifen und breiten Trommelfellfasern bestehen nach Sch. aus fibrillärem Bindegewebe. Die radiäre Anordnung dieser Fasern wird durch die eigenartige Einlagerung des Hammers in dieselbe so modificirt, dass keine gleichmässigen Radien entstehen können. Nur in den beiden unteren Quadranten haben diese Fasern eine radiäre Anordnung, während dieselben im vorderen oberen Quadranten spitzwinkelig auf die unteren zwei Drittel der Hammergrifflänge treffen. Die Fasern des hinteren oberen Quadranten treten minder spitzwinkelig zum Hammergriff. Die Circulärschicht der Membrana propria wird nicht sehr fest mit der Radiärschicht durch Bindesubstanz vereinigt; ebenso ist die Verbindung derselben mit der Cutis eine weniger feste, als jene mit der Schleimhaut der Paukenhöhle, wo die Trommelfellfasern direct in die Mucosa ausstrahlen. Es entwickeln sich nämlich aus der radiären und circulären Faserschicht jene Balken von verschiedener Dicke, welche J. Gruber in Wien als „dendritisches Fasergebilde des Trommelfelles" zuerst beschrieben hat. Schwalbe bestätigt somit die Gruber'sche Entdeckung an der medialen Trommelfellfläche, ist jedoch bezüglich des Knorpelgebildes des Trommelfelles derselben Anschauung, wie der Referent, welcher zuerst nachwies, dass der Knorpelmantel des Hammergriffes und die knorpelige Spitze des Processus brevis desselben die Ueberreste jenes Knorpels darstellen, aus denen der Hammer hervorging. Auch bezüglich dieser Frage blieben meine mitgetheilten Ergebnisse bei Sch. unbeachtet. Wollte ich Prioritätsrechte geltend machen, so könnte ich noch mehrere Stellen berühren, bei welchen Schwalbe's Angaben über die Reihenfolge der Veröffentlichung neuer Funde nicht genau mit den Thatsachen übereinstimmen. Allein, wer in dieser Beziehung Erfahrung hat, weiss zu gut, dass auch dem genauesten Kenner der Literatur und dem gewissenhaftesten Autor bei Abfassung eines zusammenfassenden neuen Buches, welches alle grossen und kleinen Forschungsergebnisse in sich aufnehmen soll, mitunter literarische Mittheilungen, auch wenn sie nicht unwesentlich sind, leicht entgehen können.

Digitized by Google

Der endotermale Theil des schallleitenden Apparates: Die Paukenhöhle, das Antrum und die Cellulae mastoideae, die Ohrtrompete, sowie die Gefässe und Nerven des mittleren Ohres, sollen in der nächsten Nummer Besprechung finden. Schluss folgt.)

Bericht über Prof. Dr. Julius Böke's Abtheilung für Ohrenkranke im Rochusspitale im Jahre 1887. Von Sigismund Szenes in Budapest. (Archiv für Ohrenheilkunde, Band 26, Heft 2.)

In der vorliegenden, sehr umfangreichen Arbeit berichtet der Verf. über ein sehr zahlreiches Material der Klinik und Poliklinik für Ohrenkranke im Rochusspitale. Die Anzahl der Behandelten pro 1887 betrug 1572. Das männliche Geschlecht prävalirte und mit dem steigenden Alter zeigte sich eine Zunahme der Morbidität, jedoch blos bis zum 20. bis 30. Jahre, bis hierher steigt sie anfangs gradatim, dann rapid und von hier an aufwärts sinkt sie erst rapid und dann gradatim. Bezüglich der Beschäftigung fällt oft die häufigere Erkrankung eines Berufes auf, z. B. Kaufleute 114, Schüler 182, Tagelöhner 103 — was auf häufige Gelegenheit, Schädlichkeiten zu acquiriren, zurückzuführen ist. Das äussere Ohr war in 26 pCt. der Fälle, das mittlere in 70 pCt., das innere in 4 pCt. erkrankt. Bezüglich des therapeutischen Erfolges ersehen wir, dass 48,77 pCt. als geheilt, 35,92 pCt. als gebessert, 11,28 pCt. ungeheilt, 3,18 pCt. auf eine andere Abtheilung transferirt, 0,85 pCt. gestorben angeführt werden.

Was die Frage der Heredität der Ohrenkrankheiten betrifft, so ergiebt der Bericht, dass in 14,07 pCt. aus 263 Fällen mehrere oder wenigstens einer von den nächsten Verwandten (Eltern, Geschwister) an einem Ohrübel litt. Am auffallendsten zeigte sich die Heredität bei Catarrhen und eitrigen Entzündungsprocessen der Paukenhöhle.

Kirchner.

Otitis externa ex infectione. Von Privatdocent Dr. Hessler. (Deutsche medicin. Wochenschr. 1888, No. 17.)

H. hatte auf der vorjährigen Naturforscher-Versammlung Mittheilungen über Entzündung des äusseren Gehörgangs in Folge Infection bei oberflächlicher Verletzung der Haut des Ganges, wie solche meist durch Kratzen mit Haarnadeln etc. zu geschehen pflegen, gemacht; in obigem Aufsatze liefert er drei neue Beiträge zu diesem Krankheitsbilde, welches hinsichtlich seiner Entstehung bisher zwar nicht unbekannt, aber in seinem Verlaufe, speciell in differenziell-diagnostischer Beziehung gegenüber der Furunculose des Gehörganges noch nicht näher präcisirt worden ist. In letzterer Hinsicht führt H. mehrere Unterscheidungsmerkmale an, von welchen als besonders characteristisch eine Lymphangitis der Ohrmuschel hervorzuheben ist, welche sich in mehreren Fällen als rother, fadendicker Strang von der Infectionsstelle des Gehörganges quer durch die Concavität der Ohrmuschel bis zum Rande derselben verfolgen liess; stärkste Füllung des Lymphstranges an der als solche vermutheten Infectionsstelle. H. glaubt, dass diese Lymphangitis stets bei der Otitis externa ex infectione zu finden sein werde, wenn nur die Aufmerksamkeit mehr wie bisher darauf gelenkt würde. Keller.

Digitized by Google

Operation einer elfenbeinharten Gehörgangsexostose. Von Dr. Stone. (Liverpool medico-chirurgical Journal 1888.)

Die den linken Gehörgang völlig ausfüllende Neubildung (13 Mm. lang, 7 Mm. breit, 10 Mm. hoch) ging mit breiter Basis von der hinteren oberen Wand aus. Die Operation wurde in 1/2 Stunde mittelst des Meissels unter localer Aetherapplication ausgeführt. St. zieht mit Recht die Operation mit dem Meissel derjenigen mit dem Drillbohrer, welche in Amerika mit Vorliebe ausgeführt wird, vor, weil ungefährlicher und schneller zum Ziele führend. Eine Ablösung der Ohrmuschel oder Ausmeisselung aus der spongiösen Knochenwand des Gehörganges, wie solche gerade bei Elfenbeinexostosen zuweilen erforderlich ist, war im vorliegenden Falle nicht indicirt. Keller.

Zehn Fälle von operativer Entfernung des Hammers. Ein Beitrag zur Casuistik der Hammerexcision. Von Dr. Stacke in Erfurt. (Archiv für Ohrenheilkunde, Band 26, Heft 2.)

Der Verfasser bespricht die Indicationen zur Entfernung des Hammers und des Trommelfelles bei Caries nach rein chirurgischen Grundsätzen zur Beseitigung einer langwierigen Paukenhöhleneiterung, ferner bei peripheren Hörstörungen durch Fixation der Gehörknöchelchen zur Verbesserung des Gehörs oder zur Beseitigung subjectiver Geräusche.

Wie aus den zehn ausführlich beschriebenen Fällen zu ersehen ist, hat der Verfasser diese Operation sowohl bei langwierigen Eiterungen mit Caries in der oberen Paukenhöhlenpartie, als auch bei Adhäsionen des Hammergriffes an seiner oberen Partie und am Umbo mit gutem Erfolge vorgenommen.

Als besonders geeignet für die erwähnte Operation werden die so häufig vorkommenden Fälle von Verwachsungen des Hammergriffes und Trommelfelles mit dem Promontorium erwähnt, wie sie nach Eiterungen und vernachlässigten exsudativen Paukenhöhlencatarrhen zurückbleiben.

Vor der Operation wurde das Terrain streng nach den antiseptischen Regeln desinficirt und später nach Möglichkeit durch einen antiseptischen Verband von äusseren Schädlichkeiten abgeschlossen. Wo Ausspülungen des Gehörganges und der Paukenhöhle nöthig waren, wurde sterilisirte 3/4 proctge. Kochsalzlösung dazu verwendet. Kirchner.

---

b) Rhinologische:

Eine neue Methode, eine Nasenbandage anzuwenden zur Verbesserung der Formveränderungen der Nase. (A new method of applying the nasal truss for correcting deformities of the nose.) Von W. J. Walsham, London. (Lancet 1888, 25. Febr.)

Die federnde Pelotte ist an eine genau auf den Kopf angepasste Kappe von poroplastischem Filz befestigt und durch eine Schraube in Bezug auf den Druck zu reguliren.

In dem mitgetheilten Fall wurde nach Wegschaben der Hervorragung des Septums dieses gewaltsam gerade gebogen und dann der Apparat angelegt. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Die Krankheiten des Kehlkopfes, mit Einschluss der Laryngoscopie und der local-therapeutischen Technik, für practische Aerzte und Studirende. Von Dr. Gottstein, Docent an der Universität Breslau. Mit 30 Abbildungen. Zweite verbesserte und sehr vermehrte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1888. (Schluss.)

»Der Fall ist folgender:

»Albert F. von hier, 10 Jahre alt, spielte am 16. Januar 1874 auf dem Hofe des Gymnasiums mit seinen Kameraden, indem er eine Nussschale im Munde hatte. Plötzlich entglitt diese dem Munde und fiel in den Kehlkopf resp. Trachea. Es traten sofort die heftigsten Erstickungsanfälle ein, welche die schleunige Tracheotomie nothwendig machten, die von Prof. Fischer ausgeführt wurde, worauf sich alsbald der Sturm der Erstickungsanfälle legte, aber die Nussschale ward nicht gefunden, auch die Stimme kehrte nicht vollständig wieder. Da 14 Tage lang der Knabe sich ganz wohl befand, so beschloss Prof. Fischer die Canüle zu entfernen, was aber unterbleiben musste, weil nach ihrer temporären Entfernung Erstickungsanfälle eintraten. Es wurde nun ein Specialist der Laryngoscopie hinzugezogen, welcher eine weisse, fremdartige Masse im Kehlkopfe entdeckte, über die man aber nicht in's Klare kam. Am 6. Februar wurde ich zu Rathe gezogen; auch ich sah im Kehlkopfspiegel eine weisse Masse in der Tiefe des Larynx, die mir aber nur als festsitzender weisser Schleim in dem etwas verschwollenen Kehlkopfe erschien. Da man der Meinung war, diese weisse Masse sei die silberne Canüle in der Trachea, mit Schleim bedeckt, so schlug ich vor, um diesen Streit zu entscheiden, die jetzige Canüle zu entfernen und eine andere einzulegen; dies geschah und es wurde eine schwarze von Hartgummi eingelegt; aber auch jetzt sah ich noch wie vorher jene weisse Masse. Da man nun an einen fremden Körper im Larynx dachte, so wurden Versuche gemacht, eine Kehlkopfsonde von oben oder unten durch die Trachealwunde in den Kehlkopf einzuführen, um den vermeintlichen fremden Körper mobil zu machen; die Canüle würde das Herabfallen des fremden Körpers in die Trachea verhindern. Die Versuche, welche wir in dieser Beziehung gemeinschaftlich vornahmen (Hausarzt Dr. Asch, Prof. Fischer, Docent Dr. Gottstein, Sanitätsrath Dr. Paul und ich), missglückten und ich bestellte deshalb den Knaben auf den anderen Tag zu mir, um ihn bei Sonnenlicht zu untersuchen. Der Knabe kam auch zu mir (am 24. März) und ich untersuchte ihn gemeinschaftlich mit Dr. Reichel im hellen Sonnenlichte, aber wir konnten zunächst auch nicht mehr constatiren, als bisher geschehen war; Stimmbänder nicht zu erkennen, durch dichten weissen Schleim verlegt, den der Kranke nicht forthusten konnte, weil die Luft zu spärlich durch die Stimmritze drang (was man übrigens deutlich sah); Stimme nur krächzend. Patient wurde zu weiteren Versuchen wieder zu mir bestellt — aber er kam nicht und sah ich ihn nicht mehr bis zum 29. Mai! An diesem Tage fand er sich abermals bei mir ein — Status idem! Die Stimme nur eine Spur deutlicher, sonst noch ebenso krächzend wie früher; Stimmritze noch immer mit weissem Schleim verlegt, durch den mühsam die Luft sich hindurchpresste bei der Phonation. Die früher von mir verordneten Einpinselungen mit Höllenstein waren nicht gemacht worden, ich nahm sie deshalb jetzt fast täglich vor, weil offenbar im Kehlkopf eine entzündliche Reizung mit Schwellung vorhanden war. Hierdurch besserte sich der ganze Zustand ziemlich schnell. Die Stimmbänder wurden immer deutlicher sichtbar, die Stimme täglich besser und Anfang August war der Zustand der Art, dass ich jetzt schon die Canüle gänzlich herausgenommen hätte, wenn ich nicht meine Ferienreise angetreten hätte und ich doch jedenfalls den weiteren Verlauf nach Herausnahme der Canüle beobachten wollte. Als ich Anfangs September zurückkehrte, untersuchte ich alsbald den Knaben: er sprach fast vollständig gut, sang sogar, wenn auch nicht gerade eine Wagner-

Digitized by Google

sche Oper; die Stimmbänder waren vollständig zu übersehen und bewegten sich fast normal, nur das linke etwas genirt, jedenfalls durch eine Schleimhautfalte veranlasst, die man unter dem Stimmbande wie eine Adhäsionsmembran sich hinziehen sah; Athem frei durch die Glottis bei geschlossener Canüle; der Knabe sonst gesund und munter, klagte über keinerlei Schmerz im Halse resp. in der Trachea. Unter solchen Umständen nahm ich keinen Anstand, am 15. September Mittags die Canüle gänzlich zu entfernen; Nachmittags besuchte ich den Knaben, er war munter und tummelte sich mit seinen Geschwistern in der Stube herum. Abends 10 Uhr wurde ich schleunigst zum Pat. gerufen, weil er dem Ersticken nahe sei. Ich fand ihn in den fürchterlichsten Erstickungsanfällen und keine Möglichkeit vorhanden, die Canüle wieder hineinzubringen! Endlich gelang es mir, den engsten Ohrtrichter durch die Trachealwunde einzuführen, welchen nun einer der Angehörigen mit den Fingern die ganze Nacht halten musste, und ich verliess den Pat. Nachts 1 Uhr, nachdem er durch den Ohrtrichter leidlich Luft bekam. Die Ursache dieser ganzen Scene war dunkel; der Knabe hatte sich wohl und munter zu Bett gelegt, als ihn plötzlich der Erstickungsanfall überkam. Den anderen Morgen liess ich Prof. Dr. Fischer bitten, zum Kranken zu kommen; wir fanden den Pat. noch immer in Lebensgefahr, und wir fürchteten, eine Pneumonie möchte sich einfinden, solchen Anblick gewährten die Erscheinungen. Durch Ohrcatheter von verschiedenem Caliber gelang es mir, die Trachealwunde zu erweitern, so dass schliesslich Prof. Fischer die Canüle wieder einführen konnte. Danach besserte sich der Zustand wieder so, dass der Knabe in kurzer Zeit sprechen, singen, Athem holen konnte, wie vor dieser Attaque; die Canüle wurde auch nach einiger Zeit täglich, zum Zwecke der Reinigung, herausgenommen. Da kommt eines Tages der Vater des Knaben zu mir und berichtet, letzterer habe plötzlich wieder die Stimme verloren und bekomme keine Luft durch die Stimmritze. Ich besuchte den Pat. und fand die Angaben bestätigt; da ich ihn aber sonst ganz munter fand, untersuchte ich ihn nicht laryngoscopisch, sondern bestellte ihn des anderen Morgens in meine Wohnung. Die Stimme war wieder so schlecht wie fast zu Anfang des Leidens, krächzend, und die Luft ging nur spärlich durch die Stimmritze, die mit Schleim wieder verlegt war, durch die man sich mühsam die Luft hindurchpressen sah; sonst war von oben her mit dem Kehlkopfspiegel nichts zu sehen, namentlich nicht das Geringste von einem fremden Körper. Auf meine Frage an die Mutter des Knaben, was denn geschehen sei, berichtete sie, dass sie die Canüle wie gewöhnlich gänzlich herausgenommen hätten, um sie zu reinigen, dabei habe es etwas geblutet, und als sie die Canüle wieder eingeführt hätten, wäre der jetzige Zustand eingetreten. Nach diesen Angaben vermuthete ich, möchte ein Blutgerinnsel in den Kehlkopf geflogen und hier hängen geblieben sein, und da ich die Ursache der jetzigen Erscheinungen von oben durch den Kehlkopfspiegel nicht entdecken konnte, so nahm ich die Speculirung von der Trachealwunde aus vor. Ich muss hier bemerken, dass ich diese Speculirung schon früher bei dem Patienten wiederholt vorgenommen (mit kleinen Kehlkopfspiegeln), aber nie etwas Besonderes entdeckt hatte; auch hatte ich schon wiederholt viele Granulationen, die von oben her in das Fenster der Canüle wucherten, mit der Galvanocaustik fortgebrannt, aber auch hierbei nie einen fremden Körper entdeckt; ebenso hatten wir oben genannten 5 Aerzte schon am 23. März forcirte Versuche gemacht, mit einer Sonde, Bougie, von der Trachealwunde aus durch die Stimmritze nach oben zu dringen, ohne dass uns hierbei ein fremder Körper aufgestossen wäre. Bemerken muss ich ferner, dass, während Pat. früher nie über Schmerzen im Halse resp. Kehlkopf klagte, er jetzt gegen seine Geschwister öfter äusserte, es steche wie eine Biene im Halse.

»Am 28. October nahm ich in meiner Wohnung bei hellem Sonnenscheine von der Trachealwunde aus mit einem neuen Instrumente eine Untersuchung der Trachea vor.

»Das Instrument ist dem Ohrspiegel von Brunton in Amerika nachgebil-

Digitized by Google

det. Das Princip desselben ist einfach das, mit einer Lupe in menschliche Höhlen zu blicken; weil man aber bei der Lupenbesichtigung das Auge zu nahe dem Gegenstande bringt, so würde man sich mit dem eigenen Kopfe das Licht abblenden, fiele dieses von vorn in die Höhle. Der Trichter a aber gestattet, das Licht von der Seite einfallen zu lassen; im Innern des Instruments befindet sich ein schräg gestellter Spiegel, durch welchen das Licht auf das Object fällt und zwar durch den Trichter b. Dieser ist durch eine Schiene an dem Körper des Instruments befestigt und steht von diesem frei ab, aus zwei Gründen. Einmal, damit man Instrumente zum Operiren, Sondiren, Speculiren (Kehlkopfspiegel) durch den Trichter b hindurchführen kann und zweitens damit der Hauch des Patienten den schrägen Spiegel im Instrument nicht mit Wasserdampf beschlage. Den kleinen Trichter b kann man mit sammt dem Stücke c abnehmen und durch ein anderes ersetzen, je nachdem man oben bei d eine stärker vergrössernde Linse einschiebt, bei der also die Focaldistanz kürzer ist und die dem Objecte mehr genähert werden muss. Den Trichter b kann man nun in die Trachealwunde beliebig einschieben oder ihn aussen auf den Wundrand aufsetzen, je nachdem man es für nöthig findet.

»Ich nahm nun bei dem Patienten beide Canülen aus der Trachealwunde und setzte dann den kleinen Trichter b mit dem Instrument auf dieselbe, indem ich das directe Sonnenlicht durch den grossen Trichter a einfallen liess. Ich bemerkte gerade einwärts an der hinteren Trachealwand, in eiterartigen Schleim eingehüllt und schwer zu erkennen, eine braunröthliche, etwa linsengrosse Masse. Ich glaubte nicht anders, als meine Vermuthung bestätigt, nämlich ein Blutcoagulum vor mir zu haben. Um mich hierüber zu vergewissern, führte ich durch den Trichter b eine knieförmig gebogene Sonde ein und berührte den Gegenstand, war aber nicht wenig erstaunt, als ich ihn von harter Beschaffenheit fand, so dass die Umstehenden auch das Kratzen der Sonde an dem Gegenstande hörten. In der Besorgniss, dass der fremde Körper — denn ein solcher musste es sein — in die Lungen fallen könnte, schob ich alsbald die äussere Canüle mit dem Fenster wieder ein, war aber auch im Stande, durch diese hindurch, d. h. durch das Fenster, den fremden Körper zu sehen. Ich liess alsbald Prof. Fischer bitten, sich von meinem Funde zu überzeugen, welcher auch bald kam.

»Derselbe konnte sich aber von der Gegenwart des fremden Körpers noch nicht überzeugen, lud mich jedoch ein, des andern Tages mit dem Knaben in die Klinik zu kommen, um dort, wenn die Gegenwart des fremden Körpers erwiesen wäre, sofort die weitere Operation vornehmen zu können. Dem Patienten wurde inzwischen aufgegeben, die Canüle unverrückt liegen zu lassen, um ein Herabfallen des fremden Körpers zu vermeiden. Besondere Umstände verhinderten jedoch die Operation des andern Tages; Prof. Fischer unternahm nur mit seinen Assistenten eine Untersuchung der Trachea, aber ohne mein Instrument; sämmtliche Herren konnten sich aber von der Gegenwart des fremden Körpers nicht überzeugen. Da ich denselben aber einmal gesehen hatte, so liess ich nicht ab von meinen weiteren Untersuchungen mit dem Instrumente, führte Sonden durch dasselbe, brachte diese sogar unter den fremden Körper und machte vorsichtige Hebelbewegungen. Nachdem ich mich durch alle diese Experimente auf das Sicherste von dem Dasein des fremden Körpers überzeugt, auch dem Dr. Reichel denselben bestimmt gezeigt hatte, drang ich auf die Operation. Am 12. November führte Prof. Fischer in seiner Klinik die Operation in der Weise aus, dass nach Chloroformirung des Patienten die alte Trachealwunde nach unten etwas erweitert wurde, so dass es möglich wurde, nach schneller Entfernung der Canüle die Trendelenburg'sche einzuführen; diese wurde zu dem Zwecke eingeführt, um das Hinabfliessen des Blutes und das Hinabfallen des fremden Körpers in die Lungen zu verhindern. Nachdem die Trendelenburg'sche Canüle eingeführt worden, wurde die alte Trachealwunde auch nach oben, d. h. über der Canüle erweitert bis in die

Digitized by Google

Cartil. thyreoidea — aber ein fremder Körper fand sich nicht; ein kritischer Moment! Ich ging mit einer Bougie in und durch die Stimmritze nach verschiedenen Seiten — aber von einem fremden Körper war nichts zu fühlen. Es wurde nun die Trendelenburg'sche Canüle entfernt und siehe da, hinter dieser lag der fremde Körper, eine Nussschale; sie war so fest eingekeilt, dass sie mit verschiedenen Pincetten nicht zu lösen war, und erst als Prof. Fischer eine kräftige Zange nahm, brachte er dieselbe, indem sie in drei Stücke zerbrach, zum Vorschein. Die Schale, von einer grossen (türkischen) Haselnuss, hatte eine Länge von 15 Mmtr. und eine Breite von 12 Mmtr.

»Die scharfen Spitzen beiderseits hatten sich festgehakt und die Schale war eingekeilt, sogar wohl schon eingewachsen. Nachdem ein Verband angelegt war, konnte der Knabe wieder sprechen, wenn auch mit heiserer Stimme. Eine Canüle liessen wir aber noch liegen, weil der Grad der Reaction sich nicht bestimmen liess, welche das Herausreissen der Nussschale aus der Einkeilung erzeugen würde, und doch auch Blut in die Lungen geflossen war. Der Knabe erholte sich übrigens sehr bald von den Folgen der Operation; die Untersuchung mit obigem Speculum durch die Trachealwunde zeigte die Trachea frei, dagegen sah man von oben durch den Kehlkopfspiegel jene bereits genannte Schwiele (Falte) unter dem linken Stimmbande als einen rothen, gleichsam fleischigen Wulst. Jedenfalls ist dieser durch den langen Aufenthalt des fremden Körpers entstanden, der sich mit einer Spitze hier festgebohrt haben mochte.

»Dieser Fall gehört jedenfalls zu den seltensten und ist meines Wissens der erste, bei welchem der fremde Körper, als sicher constatirt, in der Trachea so lange verweilte und von der Trachealwunde aus speculirt wurde. Diese Speculirung von unten ist bekanntlich zuerst von Dr. Neudörfer in Wien vorgeschlagen und bereits von Czermak mehrfach ausgeführt worden. Ich habe niemals mit dieser Methode etwas Erkleckliches erzielen können, weil das Gesichtsfeld mir immer bei den kleinen Spiegeln zu klein war. Czermak, mit dem ich fast bis an sein so frühes Ende in beständigem Briefwechsel stand, schrieb mir am 9. Juni 1869 bei Gelegenheit eines neuen Nasenspeculums, welches bekannt gemacht worden war: »in den meisten Fällen wird es kaum applicabel sein, wenn es nicht sehr schlank ist. Ist es aber sehr schlank, dann muss das Gesichtsfeld und die Beobachtung gar zu beschränkt und schwach werden. Meinen Sie nicht auch?« Diesen Ausspruch muss ich auch auf die kleinen Kehlkopfspiegel anwenden, aber bei meinem hier beschriebenen neuen Instrument möchte man eher reussiren, da das Gesichtsfeld durch die Lupe vergrössert wird. Ein besonderer Uebelstand bei den kleinen Spiegeln ist der, dass sie zu schnell erkalten und somit durch Wasserdampf beschlagen werden. Czermak glaubte diesem Uebelstande durch Bestreichen des Spiegels mit Zuckerwasser oder Gummilösung zu begegnen; ich kann dieses auch nicht bewährt finden, da die Lösungen in Kugelgestalt sich auf dem Spiegel ablagern und dann ein verkleinertes Bild geben; Erwärmen des Spiegels bleibt noch immer das Beste.

»Es drängt sich in dem beschriebenen Falle die Frage auf, wo war die Nussschale zu Anfang und wo später? Als ich am 6. Februar 1874, also 3 Wochen nach dem Ereigniss, den Knaben das erste Mal sah, war entschieden die Nussschale nicht mehr im Kehlkopfe, wurde auch hier nicht gesehen, hätte aber wegen ihrer Grösse von 15 Mm. Länge und 12 Mm. Breite gesehen werden müssen, wenn sie noch im Kehlkopfe gewesen wäre, denn sie hätte diesen nahezu ausgefüllt. Dass sie nicht im Kehlkopfe sich befunden, beweist auch der Umstand, dass man nach den Einpinselungen mit Höllenstein Schritt für Schritt die Abnahme der Schwellung im Kehlkopfe und die Zunahme der Stimme beobachten konnte, wobei doch endlich die Nussschale hätte zum Vorschein kommen müssen; endlich aber sprach der Knabe fast normal und die Stimmritze war weit geöffnet, jetzt war es auch jedem anderen Arzte, welcher nicht die Laryngoscopie speciell betreibt, einleuchtend, dass ein so grosses Hin-

Digitized by Google

derniss nicht im Kehlkopf sein konnte. Da man also keinen fremden Körper sah, der Knabe fast gut sprach, Luft durch die Glottis bekam, so war es völlig gerechtfertigt, die Canüle zu entfernen und anzunehmen, dass der Knabe bereits längst die Nussschale ausgehustet habe, zumal er nie bestimmt angeben konnte, wie gross diese eigentlich gewesen.

»Nach meiner Meinung ist die Nussschale gleich Anfangs in die Trachea gelangt und hatte sich hier festgeklemmt, da sie einen fast grösseren Durchmesser hat, als das Lumen der Luftröhre eines 10jährigen Knaben; die beiden eingeklemmten Spitzen dienten ihr zur stärkeren Befestigung; ausserdem wurde die Schale jedenfalls durch die Biegung der Canüle gestützt. Der Verlust der Stimme war sowohl der entzündlichen Reizung als dem Spasmus, auf dem Wege des Reflexes, zuzuschreiben, welchen die Nussschale verursachte. Die entzündliche Reizung war durch die Einpinselungen mit Höllenstein gehoben, aber bei der gänzlichen Entfernung der Canüle mochte die Nussschale wiederum eine andere Lage bekommen haben, wodurch von Neuem ein Spasmus glottidis erzeugt wurde. Zu allem diesen kommt noch, dass die Nussschale bei der Operation vergeblich und lange über der Canüle gesucht wurde — sie befand sich hinter derselben, also ziemlich weit abwärts in der Luftröhre, sie konnte deshalb auch bei der Laryngoscopie von oben nicht gesehen werden, weil man einerseits die hintere Wand der Trachea überhaupt in der Regel nicht sieht und die oben beschriebene Schwiele wohl noch dazu den Einblick verhinderte. Die Nussschale hat wohl jedenfalls mit ihrer Convexität nach hinten gelegen, so dass in ihre Concavität sich die Canüle einbetten konnte, denn niemals war bei dem so häufigen Einführen der Canüle die Nussschale gefühlt worden; erst damals, als nach Entfernung der Canüle plötzlich wieder Stimmlosigkeit eintrat, fühlte ich sowohl wie Dr. Reichel und selbst die Mutter des Knaben das Sichscheuern der Canüle an einem fremden Körper beim Einführen dieser in die Trachea.

»Nachdem schliesslich die Canüle gänzlich entfernt worden, ist in der ersten Hälfte des Januar 1874 eine vollständige Verwachsung und Heilung der Trachealwunde eingetreten; der Knabe ist ganz munter, hat genügend Luft durch die Stimmritze; die Stimme ist heiser, wird sich aber wohl bessern, wenn ich die Falte unter dem Stimmbande mittelst der Galvanocaustik entfernt haben werde.

»Ohne das neue Speculum wäre wohl heute noch die Schale in der Trachea, oder der Knabe schon an derselben gestorben.

»Dies Speculum verfertigt nach meiner Angabe Mechanicus Pinzger in Breslau, Alte Taschenstrasse No. 9.«

S. 177 sagt Verf.: „wenig empfehlenswerth erscheint uns die Schwammmethode“ — nämlich zur Entfernung fremder Körper. In No. 11 1886 der „Monatsschrift“ beschreibt aber Dr. Max Thorner in Cincinnati einen Fall von einer in den Larynx gerathenen Klette, die er weder mit der Schrötter'schen noch Mackenzie'schen Zange herausholen konnte, aber sehr glänzend mit meinem Schwamm. Das Weitere in dem Buche ist eine fleissige Zusammenstellung Alles dessen, was die neuere Wissenschaft bietet und hätten wir nur Einiges noch zu erwähnen. In dem Abschnitt über Tuberculose des Kehlkopfes wird zur Diagnose zu wenig Eifer für Bacillenuntersuchung gezeigt. Wenn (S. 249) auch der Pat. nichts expectorirt, so muss man mit einem feinen Schwamm etwas Secret aus dem Larynx holen und auf Bacillen untersuchen. Dies ist auch nothwendig bei der zweifelhaften Diagnose, ob Syphilis oder Tuberc. vorliegt. Die „hügelartige Verdickung an der hinteren Larynxwand“ (S. 251) können wir durchaus nicht als „ein sicheres Symptom der Tuberculose, selbst beim Fehlen aller anderen Zeichen der Phthise in den Lungen und im Larynx“ ansehen. Wir haben sehr glänzende, völlige Heilung erzielt in ziemlich kurzer Zeit. — Die Behandlung der

Digitized by Google

Syphilis nach Lewin (S. 273) mit subcutanen Injectionen von Sublimat ist Geschmackssache; wir wenden sie niemals an.

Nach dem Titelblatte ist das Werk geschrieben für „practische Aerzte und Studirende" — wir können es diesen empfehlen, als es nach dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft das für sie Wissenswerthe in Kürze bringt. Voltolini.

Die Function der Uvula und der Epiglottis. (The function of the uvula and the epiglottis.) (Lancet 1888, 31. März.)

Dr. Scanes Spicer berichtete in der Harveian Society über eine bisher übersehene Function der Uvula, nämlich, beim normalen Nasenathmen die Nasensecrete und Thränen auf den hinteren Theil der Zunge, die Zungentonsille überzuleiten als Conductur, dort würden dieselben zum grossen Theil resorbirt, der Rest flösse durch die pyriformen Sinus in die Speiseröhre. Die Epiglottis habe mit dem Schluckakte gar nichts zu thun, habe aber einen grossen Einfluss auf die Klangfarbe, die Stärke und die Art der Stimme. Dr. M. Schm.

Hypertrophie des adenoiden Gewebes in der Fossa epiglottidea. (Two Cases of Hypertrophy of Adenoid Tissue in the Epiglottidean Fossa [Tonsil of the Tongue].) Von Beverley Robinson in New-York. (Verhandlungen der N.-Y. Practioners Society. — Med. Record, 4. Februar 1888.)

Im ersten der beiden vorgebrachten Fälle bestand ausser Hypertrophie des adenoiden Gewebes in der Fossa epiglottidea Lähmung des rechten Stimmbandes, hervorgerufen durch Druck vergrösserter Bronchialdrüsen auf den Recurrens. Patientin war der Phthise verdächtig. Nach einer Chromsäure-Application im Kehlkopf trat plötzlich hochgradige Athemnoth auf, welche R. veranlasste, eine O'Dwyer'sche Canüle einzuführen. Das Manöver gelang zwar nicht, doch führten die Versuche, die Röhre einzuführen, eine bedeutende Erleichterung herbei, indem Pat. bedeutende Quantitäten Eiters auszuhusten anfing, anscheinend aus einem geborstenen Peritrachealdrüsenabscesse. Aus dem unvollständigen Journalberichte ist nicht ersichtlich, welche klinische Bedeutung R. dem Befund der vergrösserten „Zungentonsille" in diesem Falle beilegt.

Der zweite Fall betraf eine 26jähr. Schullehrerin mit mogiphonischen Beschwerden beim Sprechen und Singen. Es war kein paretischer Zustand der Kehlkopfbinnenmuskeln nachzuweisen, wohl aber bestand Hyperplasie des adenoiden Gewebes oberhalb des Kehlkopfdeckels.

A. Sch. (N.-Y.)

Hypertrophie des Drüsengewebes am Zungengrunde. (Hypertrophy of Glandular Tissue at Base of Tongue.) Brief an die Redaction des Medical Record (11. Februar 1888).

Prioritätsreclamation von Lennox Browne in London, der im Jahre 1880 zuerst auf die klinische Bedeutung der Hyperplasie des adenoiden Gewebes an der Zungenbasis aufmerksam machte. (S. die Compt. rendus des Ersten internationalen laryngolog. Congresses in Mailand.)

A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Lupus des Mundes. (Lupus of the mouth.) Von Dr. Orwin, London. (Lancet 1888, 31. März.)

21jähr. Mädchen hatte 7 Jahre Lupus der Nase mit Perforation des Septums. Vor 15 Monaten hatte sie primären (?) Lupus des Kehlkopfes und des Pharynx. In der Discussion bemerkte Lennox Browne, dass Lupus den harten Gaumen gewöhnlich vom Munde aus ergriffe, tertiäre Syphilis von der Nase aus. Lupus greife den Knorpel selten an, Knochen nie. Bericht in der Medical Society of London. Dr. M. Schm.

Trockener Mund.

In der Clinical society of London (Lancet 1888, 17. März) berichtete Dr. W. A. Hadden über einen Fall von extremer Trockenheit des Mundes, auf nervöser Ursache beruhend. Jaborandi war von Nutzen.

Dr. M. Schm.

Ein Fall von Verbrennung der Zunge und des Bodens der Mundhöhle durch das Platzen einer gerösteten Wallnuss. (A case of scald of the tongue and floor of the mouth by the bursting of a roast chestnut.) Von D. J. Thomson, London. (Lancet 1888, 25. Febr.)

Ein 17 Jahre altes Mädchen hatte die noch heisse Nuss zerbeissen wollen. Diese platzte und der heisse Inhalt verbrannte die Mundhöhle und Zunge in erheblicher Weise. Dr. M. Schm.

Eine Anomalie der Arteria pharyngea ascendens. Vorgestellt in der Sitzung vom 5. März 1888 der Med.-chir. Gesellschaft Deutscher Aerzte von New-York. (Das Protocoll der Sitzung erscheint demnächst in der »N.-Y. Med. Presse«.)

Dr. A. Schapringer stellt einen, im mittleren Lebensalter sich befindenden, an Pharyngitis sicca leidenden Mann vor, bei welchem man unmittelbar hinter dem linken Arcus palato-pharyngeus eine ausgiebige, mit dem Herzstoss gleichen Rhythmus einhaltende Pulsation wahrnimmt. Diese rührt offenbar von einer abnormen, dicht unter der Schleimhaut gelegenen und in der Richtung von unten nach oben streichenden Arterie her, wahrscheinlich der regelwidrig verlaufenden linken Arteria pharyngea ascendens oder einem ihrer Hauptäste. Bei Compression der Carotis aussen am Halse hört die Pulsation auf. Dass es sich nicht etwa um aneurysmatische Erweiterung irgend eines unbedeutenden Arterienästchens handele, beweist schon der Umstand, dass in mehreren analogen, von anderer Seite berichteten Fällen die Pulsation sich an beiden Seiten symmetrisch präsentirte. (Siehe die von J. W. Farlow in Boston veröffentlichten Fälle [Boston Med. and Surg. Journal, 31. März 1888, und Refer. in dies. Monatsschr. 1887, pag. 165 und 294]).

Es liegt auf der Hand, dass diese Abnormität unter Umständen, wie bei der Tonsillotomie und der Eröffnung retro-pharyngealer Abscesse, leicht eine bedenkliche Rolle spielen kann. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber die Schilddrüse.

In der Royal medical and chirurgical society of London berichtete Dr. Hale White (Lancet 1888, 17. März) über die Schilddrüse nach Untersuchung derselben bei 40 Sectionen bei verschiedenen Erkrankungen.

Digitized by Google

In einem Fall von Myxoedem fand sich ein vollständiger Schwund des Organs, in einem Fall von Aortenaneurysma fand sich aber genau derselbe Grad von Schwund ohne Myxoedem. Dr. M. Schm.

Auszug aus einer klinischen Vorlesung über die Chirurgie der Schilddrüse. (A extract of a clinical lecture on the surgery of the thyroid.) Von Walter Whitehead, Manchester. (Lancet 1888, 10. März.)

Bisweilen besteht ein Lappen der Schilddrüse, welcher zwischen Trachea und Oesophagus verläuft. Hunde haben oft überzählige Schilddrüsen; unter 30 Hunden hatten 26 solche; sie liegen meist an der äusseren Fläche der Aorta in dem pericardialen Sack. Er spricht für die Herausnahme cystischer Kröpfe, da die Heilung sicher und viel rascher sei, als die anderen Behandlungsmethoden. Er erwähnt mehrere Fälle, in denen eine Durchtrennung des Isthmus bei Erstickungsgefahr rasche Hilfe brachte, in dem einen Falle wurde ein grosser Theil des Seitentheils herausgekratzt mit grosser Leichtigkeit und gutem Erfolge. Er erwähnt ferner einen Fall von plötzlicher Aufsaugung eines der grössten Kröpfe in einem Tage. (Es ist nicht gesagt, ob es ein Cystenkropf war.)

Exophthalmischen Kropf empfiehlt er mit Faradisation 2 Mal täglich eine halbe Stunde zu behandeln.

Immobilisation des Kopfes während der auf die Operation folgenden ersten 4 Tage und genügende Drainage hält Verf. für nöthig.

Dr. M. Schm.

Angeborener Kropf. (Congenital goitre.) Von George H. Ormsby, Slaidburn. (Lancet 1888, 25. Febr.)

Das Kind hatte eine Nabelschnurumschlingung um den Hals, beide Lappen der Schilddrüse geschwollen.

Verf. neigt dazu, die Entstehung einem „Versehen" der Mutter zuzuschreiben. Immerhin sind angeborene Kröpfe recht selten. Die dortige Gegend ist kropfreich. Dr. M. Schm.

Die Behandlung des Cystenkropfs. (The treatment of cystic goitre.) Von T. Mark Hovell, London. (Lancet 1888, 11. Febr.)

Sein Verfahren ist das von M. Mackenzie angegebene der Injection einer wässrigen Lösung von Ferrum sesquichloratum 1 : 4 in die vorher entleerte Cyste. Er beschreibt die Operation genau mit allen Vorsichtsmassregeln und practischen Winken. Die Lösung bleibt 3 Tage im Sack und wird dann durch die liegengebliebene Canüle abgelassen. Ist die Flüssigkeit nicht eitrig, so wird die Injection wiederholt und nach abermals 3 Tagen wieder abgelassen. Steigt die Entzündung zu sehr und tritt Fieber ein, so wird der Cysteninhalt mehrmals entfernt und dann der Sack mit einer antiseptischen Lösung ausgewaschen, mehrmals am Tage. Steigerung des Fiebers während der Behandlung kommt von Verstopfung der Canüle. Wenn sich dann die Cyste zusammenzieht, so muss die Canüle kürzer gemacht werden.

Digitized by Google

Verf. bespricht dann noch andere Methoden der Behandlung: Das Ausschälen, den Schnitt, Injection von Jod, hält aber seine Methode für sicherer und wirksamer. Dr. M. Schm.

Ein Fall von Bruch des Kehlkopfes als Folge einer Körperverletzung. Mitgetheilt von Dr. Landgraf in Bayreuth. (Friedreich's Blätter für gerichtliche Medicin und Sanitätspolizei, Jahrg. XXXIX, Heft 1, 1888.)

Der 35 Jahre alte Weber Sch. erhielt bei einem Wirthshausstreite einen Stoss in's Genick, der ihn mit dem Halse dergestalt gegen eine Tischkante schleuderte, dass sofort die Erscheinungen schwerer Kehlkopf-Verletzung eintraten, die sich rasch steigerten und nach 2 Tagen zum Tode führten. Die gerichtliche Obduction ergab: Ausgedehnte Sugillate in der Vorderhalsgegend, Bluterguss in die Substanz der beiderseits vergrösserten Schilddrüse, $1^1/_2$ Cm. unterhalb des oberen Randes des Schildknorpels, Loslösung der Weichtheile von dem letzteren linkerseits mit Auflagerung von Blutgerinnseln daselbst und querverlaufende Risse $1^1/_4$ Cm. lang in der linken, $^3/_4$ Cm. lang in der rechten Schildknorpelplatte.

Zudem waren beide Schildknorpelplatten an ihren vorderen Enden von einander losgetrennt und hingen nur noch am oberen und unteren Ende durch Zellgewebe zusammen. Die Stimmbänder fanden sich sehr beträchlich angeschwollen und sugillirt.

Da isolirte Brüche des Kehlkopfes als Folge von Traumen, erzeugt durch rechtswidrige und vorsätzliche Handlungen Dritter, ausserordentlich seltene Vorkommnisse sind, so ist der vorliegende Fall bemerkenswerth. Beschorner.

Bruch des Kehlkopfes; Emphysem des Halses; Laryngotomie; Tod. (Fracture of the larynx, emphysema of the neck; laryngotomy, death.) Mitgetheilt durch Mr. Barendt, Bootle Borough Hospital. (Lancet 1888, 3. März.)

Der Patient erhielt beim Fussballspiel einen heftigen Stoss mit dem Ellenbogen gegen den Kehlkopf, er konnte sofort schwer athmen und hatte Blutspeien.

Die Tracheotomie, bei welcher die Fractur des Schildknorpels festgestellt wurde, war erschwert durch ein beträchtliches Hautemphysem. Am zwölften Tage nach der Operation starb Pat. an septischer Pneumonie. Dr. M. Schm.

Fall von erfolgreicher Laryngotomie bei Kehlkopfverengerung. (Case of successfull laryngotomy for laryngeal stenosis.) Von Dr. C. H. Wise. (Lancet 1888, 17. März.)

39 Jahre alter Mann, seit 3 Monaten allmählig aphonisch geworden, mit häufigen Erstickungsanfällen. Es handelte sich um eine luetische Erkrankung mit Unbeweglichkeit der Stimmbänder, welche in der Mittellinie aneinanderlagen. Die Canüle konnte nach 12 Wochen antiluetischer Kur entfernt werden, nachdem die Stimmbänder zwei Drittel ihrer Beweglichkeit wieder erlangt hatten. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Ueber Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht. (On tracheotomy in laryngeal phthisis.) Von Dr. Percy Kidd, Brompton. (Lancet 1888, 31. März.)

In der Einleitung bespricht Verf. kurz die Arbeiten von Serkowsky, Ripley, Beverley Robinson und auch den in Berlin 1886 gehaltenen Vortrag des Ref. über den Gegenstand. Der weitere Vortrag, den Ref. im September 1887 in Wiesbaden gehalten, scheint noch nicht zur Kenntniss des Verf. gelangt gewesen zu sein.

Unter den 4000 in den letzten 4 Jahren im Brompton-Hospital, welches für Schwindsüchtige bestimmt ist, behandelten Patienten wurden 4 dem Luftröhrenschnitt wegen extremer Stenose unterworfen. Sie starben alle 4, einer nach 2 Tagen, die anderen nach 5 Wochen, 3 und 8 Monaten.

An der Hand dieser spät operirten Fälle spricht sich Verf. gegen die vom Ref. empfohlenen frühzeitigeren Operationen aus, und meint, die Erfahrungen in einem so grossen Hospitale fielen schwer gegen die Operation in die Waageschale. Verf. knüpft daran noch wesentlich theoretische Betrachtungen in Bezug auf die Gefahren, welche die Operation mit sich führen könnte, so namentlich den schädlichen Reiz, den die Canüle hervorruft, die durch dieselbe gehinderte Expectoration des Schleims, der die Bronchien erweitere und durch Aspiration Gefahr bringe, u. s. w.

Ref. glaubt nicht, dass die Fälle etwas gegen frühzeitigeres Operiren beweisen, seine 5 wenigstens relativ und auf lange Zeit geheilten Fälle werden dadurch nicht aus der Welt geschafft. Er bedauert im Interesse der Sache, dass der verdienstvolle Verf. das Unglück hatte, seine 4 Fälle gerade ungünstig verlaufen zu sehen.

Die Erfahrungen am Brompton-Hospitale sind gewiss schwerwiegend, indessen hat Ref. in den letzten 4 Jahren doch auch etwa die Hälfte der Eingangs angegebenen Frequenzziffer des Brompton-Hospitals behandelt, wenn er sie auch, da es ambulante Patienten waren, nicht so genau beobachten konnte, wie in einem Hospitale. Dr. M. Schm.

Tracheotomie an einem Erwachsenen vor 4½ Jahren ausgeführt wegen Erkrankung im Kehlkopfe. (Tracheotomy performed on an adult four years and a half ago for intralaryngeal disease.) Von Talfourd Jones. (Lancet 1888, 25. Febr.)

Der Fall betrifft eine 50jährige Frau. Das einzig Bemerkenswerthe an der Krankengeschichte ist, dass eine laryngoscopische Untersuchung nicht vorgenommen wurde. Der Verf. „überlässt es dem eigenen Urtheile des Lesers, sich eine Diagnose der Larynxerkrankung zu bilden". Dr. M. Schm.

Intubation des Kehlkopfes wegen Diphtherie. (Intubation of the larynx for diphtheria.) Von James G. Curtis, Cork. (Lancet 1888, 31. März.)

Bei einem 10jährigen Knaben wurde wegen Stenose bei Diphtherie eine Intubationscanüle eingeführt, nur 20 Minuten (!) darin gelassen. Der Patient heilte. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Heilung eines Falles von Larynx-Carcinom durch Larynx-Exstirpation mit Herstellung normaler Respiration und Phonation. Von Prof. Störk, Wien. (Wiener med. Wochenschr. No. 50, 1887.)

Der betreffende Kranke wurde von S. an immer recidivirenden Papillomen der linken Larynxhälfte wiederholt operirt. Im J. 1883 war das Papillom offenbar die Krebsmetamorphose eingegangen, weshalb S. die Larynx-Exstirpation bei dem mittlerweile tracheotomirten Kranken vornahm. Es wurde so vorgegangen, dass die ganze Schleimhaut aussen am Larynx, sowie die des Pharynx und beider Arcaden intact blieben. Die durch Abtrennen der Schleimhaut von den Giessbeckenknorpeln gebildeten flottirenden zwei Schleimhautlappen wurden aneinander genäht, der so gebildete Schleimhaut-Canal mit Jodoform-Gaze austamponirt und ein Nélaton-Catheter zum Zwecke der Ernährung eingelegt.

Die microscopische Untersuchung ergab Epithelial-Carcinom.

Am 4. Tage entfernte der Kranke selbst das Schlundrohr und konnte anstandslos essen. Kurze Zeit nach Entfernung des Jodoform-Gaze-Tampons wurde eine Schornstein-Canüle eingeführt, und der Kranke konnte merkwürdiger Weise mit rauher, aber ganz sonorer Stimme sprechen, auch der Schlingakt ging vollkommen gut von Statten. Bei der laryngoscopischen Untersuchung fand sich eine zweilippige Glottis, die der Quere nach lag; die hintere Lippe bildete die nach der Operation erhalten gebliebene hintere Schleimhautwand, die vordere wurde durch den unteren Theil des Nodus epiglottidis gebildet.

In Folge später eingetretener Contraction der Haut des Halses und deren Annäherung an die Wirbelsäule musste eine neue, vorne ellipsoid gekrümmte Canüle eingeführt werden. Bei einer später vorgenommenen laryngoscopischen Untersuchung zeigte sich, dass der Kranke nun zwei sagittale, grob phonirende Lippen hatte, die eine solche Lage und ein solches Ansehen hatten, wie zwei falsche Stimmbänder.

S. meint, dass die in dem ursprünglich gebildeten Schleimhautringe vorhandenen Muskeln sich zu einem Sphincter vereinigten, welcher durch die zu beiden Seiten gleichmässig stattfindenden (Hebungs-) Contractionen des um die Canüle gelegenen Constrictors die Form eines schmalen Ellipsoides angenommen hatte.

Der Kranke befindet sich wohl und trägt seit Jahren seine Canüle Tag und Nacht verstopft. Dr. Jelinek.

Objectiver Befund der drei grossen Larynxleiden: Tuberculose, Syphilis und Krebs. (Signes objectifs des trois grandes laryngopathies: Tuberculose, syphilis et cancer du larynx.) Von Dr. Ariza. (Institut de thérapeutique opératoire de Madrid und Revue mens. de laryng. No. 7, 1887.)

Verf. giebt die laryngoscopische Differentialdiagnose zwischen Tuberculose, Syphilis und Schanker.

(Trotz allem guten Willen und aller genauer Beschreibung werden wohl noch immer Fälle übrig bleiben, wo man bei Fehlen der Anamnese die Diagnose nur ex juvantibus et nocentibus stellen kann. Ref.)

Dr. P. K.

Digitized by Google

Zur Erklärung des Shock nach der Larynx-Exstirpation. Von Prof. Störk, Wien. (Wiener med. Wochenschr. No. 12, 1888.)

Nachdem S. die bisherigen Erfahrungen über die Innervations-Verhältnisse des Herzens auseinandersetzt, erwähnt er einen in dem Werke von Hirschfeld-Leveiller abgebildeten Nerven, den Ramus cardiacus, der direct neben dem N. laryng. sup. entspringt, mit diesem nach unten bis zum Cornu majus des Zungenbeines verläuft, die Membrana hyothyreoidea durchbohrt und, seitlich am Larynx der Trachea entlang verlaufend, zum Herzgeflechte geht. Ferner eine Anastomose vom Ramus cardiacus zum Recurrens und von diesem einen Nervenstamm zum Plexus cardiacus ziehend.

S. hält es für unzweifelhaft, dass in einzelnen Fällen jene Nerven-Fäden, welche der Regulirung der Herzthätigkeit vorstehen und an oder mit dem N. laryngeus entspringen, bei der Absetzung des Larynx bis nach rückwärts, wo auch jene Falte getroffen wird, welche den Eingang zum Schlunde bildet, getroffen werden, wodurch die Regulirung der Herzthätigkeit aufgehoben werden müsse. Dadurch würden jene Erscheinungen begreiflich, dass nicht selten nach Larynx-Exstirpationen so stürmische Herzactionen auftreten, dass die Kranken in zweimal 24 Stunden an Herzlähmung zu Grunde gehen.

Es muss daher von nun ab Aufgabe des Operateurs sein, unmittelbar am Knorpel langsam vorzudringen, um so die Nerven zu erhalten, zumal es ziemlich selten nothwendig ist, die beim oberen Horne der Schildplatte eintretenden Nervenäste zu durchschneiden.

Dr. Jelinek.

Ueber die Athmungscentren der Medulla oblongata. (Sur les centres respiratoires de la moëlle épinière.) Von Wertheimer. (France médicale No. 31, 1881, und Revue mens. de laryng. No. 7, 1887.)

Die Resultate der Untersuchung des Verf.'s beweisen, dass in der Medulla obl. Inspirations- und Exspirationscentren bestehen. Das Wiedereintreten der spontanen Respiration, selbst während man Luft in die Lungen einbläst, beweist, dass die Medulla, sich selbst überlassen, den Exspirationsmuskeln rhythmische Impulse giebt, ohne von irgend einem Reiz dazu angetrieben zu sein. Man sieht ferner aus dem Charakter, welchen das Athmen nach zerstörter Bulbusfunction annimmt, dass letzterer als Regulator für die Medullarcentren dient und dass er dieselbe Rolle in der Respiration und in der Circulation spielt. Dr. P. K.

Beitrag zur Physiologie des Nervus recurrens superior. (Contribution expérimentale à la physiologie du nerf laryngien supérieur.) Von Dr. Barbachi. (Gazzetta degli ospitali No. 24, 1887, und Revue mens. de laryng. No. 7, 1887.)

Verf. kam im Vulpian'schen Laboratorium zu folgenden Resultaten, auf Hunden gewonnen: 1) Die motorischen Fasern kämen vom Laryng. superior und gingen zum Musculus cricothyroideus. 2) Die Durchtrennung des Nervus laryngeus superior bringt nach 18 Tagen sogar keine Veränderung im Musculus cricothyroideus; blos wird letzterer etwas

Digitized by Google

blasser. 3) Sogar die vom Laryngeus superior abgehenden und durchtrennten Nervenfasern zeigen auf der ganzen operirten Seite keine Veränderung. Dr. P. K.

Bemerkungen über einen Fall von Recurrenscompression durch eine organische Verengerung des Oesophagus. (Note sur un cas de compression du recurrent par une tumeur oesophagienne.) Von Dr. Dugardin. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 1, 1887.)

Ein 50jähr. Beamter behauptete, seitdem er aus Versehen ein Glas starken Essig getrunken habe, könne er keine festen Speisen mehr geniessen; die Oesophagusverengerung bestand in der Höhe der ersten Trachealringe; die bestehende Ganglienschwellung liess Krebs vermuthen. Da beginnende Heiserkeit und Dyspnoe bestanden, so wurde Patient laryngoscopirt; Laryngitis, Phonationsstellung des rechten Stimmbandes, träge Bewegung des linken Stimmbandes; zunehmende Erscheinungen des Oesophagustumor. Erstickungsanfall, welcher den schnell angewandten Aetherinhalationen wich: es war also eine Contractur der Glottismuskeln gewesen. Solche Anfälle wiederholten sich mehrmals, wurden aber immer erfolgreich mittelst Aether bekämpft. Patient ging cachectisch zu Grunde. Die Adductorencontractur war in vorliegendem Fall hübsch bewiesen; sie ging von der rechten Larynxseite allmählig auf die linksseitigen Larynxmuskeln über. Interessant ist, dass man aus dem laryngoscopische Bilde die Oesophaguscarcinose erkennen konnte. Dr. P. K.

Ueber zwei Fälle von Tracheobronchialstenosen. (Deux cas de rétrécissement trachéobronchique.) Von Dr. Hiero Stossel. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 4, 1887.)

Nicht alle Stenosen der Trachea können durch den Spiegel nachgewiesen werden und wenn sie nachgewiesen sind, muss man sich hüten zu operiren, bevor die Natur der Stenose klar ist. Ein 38jähr. Arbeiter, wohlgenährt, Larynxpfeifen, Ganglienschwellung, aussen am Thorax ausgedehntes Venennetz, linke Brusthälfte gewölbter, als die rechte, Dämpfung links ober- und unterhalb der Clavicula; Larynx normal; linke Trachealhälfte scheint etwas nach dem Innern hervorzuragen. Halsganglien schwollen immer mehr an; Sputa zeigen reichlich vorhandene Bacillen; Schwellung der Halsdrüsen nimmt zu, es kommen Lungenblutungen, Diarrhoen und der Kranke unterliegt. Die Diagnose lautete: Tumor malignus mit Ausschluss des Aneurysma und Hydatidencyste, mit beginnender Lungentuberculose. Die Section bestätigte die Diagnose eines primären Thyreoidealcarcinoms, welches auf die Drüsen und Bronchien übergegangen war.

Eine 46jährige Frau tritt wegen Dyspnoe in's Spital; linker Thorax weniger gewölbt, als der rechte. Husten, blutiger Auswurf, Larynx normal, am Grunde der Trachea ein rother Tumor bemerkbar, Dyspnoe nimmt zu, hinten bronchiales Athmen, Sputa zeigen keine Bacillen. Phthisis, Syphilis und Fremdkörper wurden ausgeschlossen. Das diagnosticirte Aneurysma wurde durch die Section bestätigt.

Digitized by Google

In beiden Fällen erlaubte das laryngoscopische Bild die Tracheotomie als nutzlos bei Seite zu lassen; hätte man operirt und eine lange Canüle eingeführt, so wäre der plötzliche Tod die Folge davon gewesen.

Dr. P. K.

Extraction eines Bolzens aus dem rechten unteren Bronchialast VI. Ordnung. Von Dr. Pieniazek, Krakau. (Wiener medicin. Blätter No. 1, 1888.)

Ein 14jähriger Student hatte angeblich einen Blaserohr-Bolzen inspirirt, den er sich selbst in der Weise construirte, dass er eine mittelgrosse Schiesskapsel mit gewöhnlicher Stecknadel durchstach, und die Höhle mit einem Papierknäuel verstopfte. Seit dieser Zeit fühlt er Stechen in der Brust, rechts vom Brustbeine. Die laryngoscopische Untersuchung erwies bis zur Bifurcation der Trachea keinen Fremdkörper. Ueber der ganzen rechten Lunge deutliches Stenosengeräusch, abgeschwächtes Inspirationsgeräusch. Damit stellte P. die Diagnose eines Fremdkörpers im rechten Bronchus.

Nach 5 Tagen Tracheotomie, nachdem eine rechtsseitige Pneumonie in Ausbildung begriffen war. P. ging nun von der Wunde aus mit einer langen, leicht bogenförmig gekrümmten, scharfrandigen Kehlkopf-Polypen-Zange in den rechten Bronchus ein und stiess auf einen harten Körper.

Bei Fassungs- und Extractions-Versuchen glitt er jedoch aus. Er sties ihn daher, nachdem er ihn möglichst tief gefasst hatte, etwas weiter hinunter, machte einige Dreh- und Hebebewegungen, bis er die Empfindung hatte, dass die Spitze frei sei, und zog das Instrument heraus. An dem Ende desselben befand sich der dicke Knopf des Bolzens, während die Nadel etwa 1 Ctm. vor der Kapsel der Länge nach von den Branchen der Zange so gefasst war, dass die Spitze nichts verletzen konnte. Die Tiefe, bis zu welcher das Instrument eingeführt wurde, betrug, vom Rande der Wunde gerechnet, 19 Ctm.

Am nächsten Tage war der Kranke afebril und nach 6 Tagen verliess er das Bett.

Dr. Jelinek.

---

61. Versammlung

Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Köln.

Als Einführender der **Abtheilung für Laryngo-Rhinologie** der **vom 18. bis 23. September ds. Js.** in **Köln** tagenden **Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte,** erlaubt sich der Unterzeichnete ergebenst zur Theilnahme an den Berathungen und zur Abhaltung von Vorträgen in dieser Abtheilung einzuladen. Um vorherige Mittheilung des Thema's wird höflichst gebeten.

Dr. Carl Michel,

Köln, Eintrachtstrasse 143.

Digitized by Google

III. Inserate.

INDUKTIONS-APPARATE,
transp., m. 2 El. in Hartgummi nach Spamer, modifiziert von Reiniger, in fein pol. Kasten. Leit.-Schnüre, Elektroden mit div. Ansätzen. Gewicht 1,5 Ko. Preis M. 40.—.
REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.
Universitäts-Mechaniker.
Haupt-Katalog 80 Seit. 300 Abbildung.

Galvanocaustische und Electrolytische
Apparate und Instrumente
nach Angaben des Herrn **Professor Voltolini** empfiehlt
Ernst Pischel's Nachfolger Hermann Brade
Breslau, Hummerei No. 31.

Inhalt.

I. Originalien: Eulenburg: Eine modificirte Ohr- (und Kehlkopf-) Electrode. — Ziem: Notiz über Operationen im hinteren Abschnitte der Nase unter Leitung des Fingers. — Loewe: Ueber die Entfernung pathologischer Secrete aus dem Kehlkopf vermittelst forcirter Wasserinjectionen. — Krieg: Berichtigung einer von Dr. Norris Wolfenden auf Tracheocele gestellten Diagnose. — Tsakyroglous: Ueber Ozaena laryngis. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Renvers: Zur Gehirnlocalisation. — Schwalbe: Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane. (Fortsetzung.) — Szenes: Bericht über Prof. Dr. Julius Böke's Abtheilung für Ohrenkranke im Rochusspitale im Jahre 1887. — Hessler: Otitis externa ex infectione. — Stone: Operation einer elfenbeinharten Gehörgangsexostose. — Stacke: Zehn Fälle von operativer Entfernung des Hammers. — b) Rhinologische: Walsham: Eine neue Methode, eine Nasenbandage anzuwenden zur Verbesserung der Formveränderungen der Nase. — c) Pharyngo-laryngologische: Gottstein: Die Krankheiten des Kehlkopfes, mit Einschluss der Laryngoscopie und der local-therapeutischen Technik, für practische Aerzte und Studirende. (Schluss.) — Spicer: Die Function der Uvula und der Epiglottis. — Robinson: Hypertrophie des adenoiden Gewebes in der Fossa epiglottidea. — Browne: Hypertrophie des Drüsengewebes am Zungenrande. — Orwin: Lupus des Mundes. — Hadden: Trockener Mund. — Thomson: Ein Fall von Verbrennung der Zunge und des Bodens der Mundhöhle durch das Platzen einer gerösteten Wallnuss. — Schapringer: Eine Anomalie der Arteria pharyngea ascendens. — White: Ueber die Schilddrüse. — Whitehead: Auszug aus einer klinischen Vorlesung über die Chirurgie der Schilddrüse. — Ormsby: Angeborener Kropf. — Hovell: Die Behandlung des Cystenkropfs. — Landgraf: Ein Fall von Bruch des Kehlkopfes als Folge einer Körperverletzung. — Barendt: Bruch des Kehlkopfes; Emphysem des Halses; Laryngotomie; Tod. — Wise: Fall von erfolgreicher Laryngotomie bei Kehlkopfverengerung. — Kidd: Ueber Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht. — Jones: Tracheotomie an einem Erwachsenen vor 4½ Jahren ausgeführt wegen Erkrankung im Kehlkopfe. — Curtis: Intubation des Kehlkopfes wegen Diphtherie. — Störk: Heilung eines Falles von Larynx-Carcinom durch Larynx-Exstirpation mit Herstellung normaler Respiration und Phonation. — Ariza: Objectiver Befund der drei grossen Larynxleiden: Tuberculose, Syphilis und Krebs. — Störk: Zur Erklärung des Shock nach der Larynx-Exstirpation. — Wertheimer: Ueber die Athmungscentren der Medulla oblongata. — Barbachi: Beitrag zur Physiologie des Nervus recurrens superior. — Dugardin: Bemerkungen über einen Fall von Recurrenscompression durch eine organische Verengerung des Oesophagus. — Stossel: Ueber zwei Fälle von Tracheobronchialstenosen. — Pieniazek: Extraction eines Bolzens aus dem rechten unteren Bronchialast VI. Ordnung. — Bekanntmachung, betreffend die 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. — III. Inserate.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXII. **Berlin, Juni 1888.** **No. 6.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

— I. Originalien.

Neuritis optica bei Mittelohrerkrankung.

Von

Dr. **C. Keller** in Köln.

Bekanntlich vermag der Augenspiegelbefund für die Diagnose einer ganzen Reihe interner Krankheitsvorgänge gewichtige Anhaltepunkte zu geben; hierher gehört unter Anderem das Bild der Neuritis optica, der Stauungspapille, welches bei allen intracraniellen Krankheitszuständen aufzutreten pflegt, die mit einer Erhöhung des Hirndrucks verbunden sind: so bei Hirntumoren, Abscessen, meningitischen Exsudaten, Hydrocephalus int. u. dergl. mehr. Schon längst war dieser Zusammenhang bekannt, ehe die Ohrenärzte begannen, demselben auch ihrerseits ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden, und zwar waren es amerikanische Fachgenossen, welche durch die in ihrem Lande übliche Vereinigung ophthalmiatrischer und otiatrischer Studien in der Lage waren, ihre augenärztliche Ausbildung nach dieser Richtung hin nutzbar zu machen. Allbut scheint der Erste gewesen zu sein, welcher Beobachtungen von Neuritis optica bei eitriger Mittelohrentzündung mitgetheilt hat. Kipp (Newark) veröffentlichte 4 weitere einschlägige Krankengeschichten (Zeitschrift für

Digitized by Google

Ohrenheilkunde VIII, 275) und lenkte hierdurch zuerst die allgemeinere Aufmerksamkeit der Ohrenärzte dem Gegenstande zu. Zwei Jahre später theilte Zaufal (Prager med. Wochenschrift 45, 1881) seine Erfahrungen mit, welche er in folgenden Schlüssen resümirte: die ophthalmoscopische Untersuchung bildet einen integrirenden Theil der Untersuchung des Gehörorgans zunächst in Fällen von Paukenhöhlenaffectionen: der Otitis media suppurativa acuta und chron., und, da erfahrungsgemäss auch einfache Schleimcatarrhe zu intracraniellen Affectionen führen können, so soll die Untersuchung auch hierbei nicht unterlassen werden. — Auch bei sogen. nervöser Schwerhörigkeit ist der ophthalmoscopische Befund wichtig für die Entscheidung einer localen Labyrinth- oder intracraniellen oder combinirten Erkrankung. — Für die Feststellung der Indication zur Eröffnung des Warzenfortsatzes ist der Augenbefund unerlässlich, indem wir durch denselben schon zu einer Zeit, wo ausgesprochene stürmische Erscheinungen einer intracraniellen Complication noch fehlen, von einer solchen unterrichtet werden können. — Mit der Steigerung der meningealen Erscheinungen lässt sich auch ein Fortschreiten der Veränderungen im Augenhintergrunde constatiren (Erweiterung der venösen Gefässe, Oedem und Trübung der Papille i. e. Neuritis opt.) und mit dem Zurücktreten jener auch eine Abnahme dieser. Mit der Eröffnung des Warzenfortsatzes nehmen nach den bisherigen Beobachtungen die beschriebenen Veränderungen ab, deutlicher zunächst auf der gleichnamigen Seite. — Die Neuritis opt. tritt fast stets zuerst auf dem dem erkrankten Ohre gleichseitigen Auge auf, ist aber meist doppelseitig. — In allen Fällen, wo zu einer Otitis media suppurat. mit oder ohne Caries des Schläfebeins Meningitis oder Sinusthrombose hinzutraten und das Auge untersucht wurde, fanden sich ausgesprochene Stauungserscheinungen am Augenhintergrunde; weshalb gerade diese Form der Meningitis so häufig zu Neuritis opt. führt im Gegensatze zu anderen Meningitisarten, z. B. der Cerebrospinalmeningitis, bleibt dahingestellt; vielleicht, dass der Reichthum des Schläfebeins an Venensinus hiervon mit Ursache ist. — Trotz dieser durch die Zaufal'sche Arbeit gegebenen Anregung wurde dem Gegenstande in Deutschland nicht die gebührende Beachtung zu Theil, offenbar durch den Mangel ophthalmologischer Ausbildung seitens der meisten Ohrenärzte. Dagegen wurde die Casuistik von einer Reihe amerikanischer Aerzte bereichert, so von Knapp (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XIII, 1), Andrews (Medic. Record XXIV, 13), Fulton (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XIV, 3/4), und jüngst hat Kipp seinen durch sehr zahlreiche, an der combinirten Augen- und Ohrenklinik in Newark gemachte Erfahrungen gewonnenen Standpunkt dargelegt; derselbe weicht in mancher wesentlichen Beziehung von demjenigen Zaufal's ab. Während fast alle Fälle von Mittelohreiterung ophthalmoscopisch untersucht worden waren, konnte Neuritis opt. nur bei einem sehr geringen Theile derselben, fast ausschliesslich bei Erwachsenen, nachgewiesen werden, und zwar nur bei langdauernden Otorrhoen mit ihren Folgezuständen: Gehörgangsschwellungen, Ohrpolypen, häufig Caries des äusseren Gehörgangs oder der Trommelhöhle; der Warzenfortsatz war meist unbetheiligt. Mehr als die Hälfte der Fälle endete lethal, da die meisten erst kurz vor dem Tode in die Hospitalbehandlung kamen; die übrigen genasen langsam ohne zurückbleibende Sehschwäche. In der Mehrzahl dieser Fälle

Digitized by Google

waren mehr oder weniger ausgesprochene Symptome von Meningitis oder Hirnabscess vorhanden, Fieber, Kopfschmerz, Erbrechen, leichte Delirien, Paralyse eines der Augenmuskeln; auch fand sich in allen zur Section kommenden Fällen von Ohrerkrankungen mit Neuritis opt. eitrige Basilarmeningitis mit Caries. Dem zu Folge hält es Kipp für höchst wahrscheinlich, dass, wo sich Neuritis opt. im Verlaufe von Mittelohrentzündungen ausbildet, dieselbe als Folgezustand einer secundären Entzündung der Gehirnhäute oder des Gehirns zu betrachten ist; keineswegs aber ist die Neuritis eine constante Begleiterscheinung der Meningitis ex otitide oder eines secundären Hirnabscesses, wovon sich Kipp wiederholt bei Sectionen überzeugen konnte; bei reiner Phlebitis und Thrombose hat K. überhaupt niemals Neuritis opt. constatiren können. Ob schon einfache Hyperämie der Hirnhäute, wie Alt annimmt, zum Zustandekommen der Sehnervenentzündung hinreicht, mag dahin gestellt bleiben. Kipp betont wiederholt die Nothwendigkeit, die Untersuchung der Augen, um diagnostische Irrthümer zu vermeiden, in den frühesten Stadien der Ohrenerkrankung zu beginnen, weil man sonst nicht sicher ist, die Neuritis auf die Ohrenaffection zurückführen zu dürfen; besonders sei dieser Umstand zu beachten bei Ohrerkrankungen im Gefolge von Scharlach und Masern, insofern diese Infectionskrankheiten sich bekanntlich häufig mit Basilarmeningitis compliciren, welche für sich allein schon zu Neuritis opt. Veranlassung geben können. Für die Eröffnung des Warzenfortsatzes vermag Kipp dem Befunde einer Neuritis keine zwingende Bedeutung einzuräumen. Erwähnenswerth ist noch der Umstand, dass Kipp die als Stauungspapille bekannte entwickeltere Form der Neuritis opt., wie solche z. B. bei Hirntumoren auftritt, bei Otitis nie gefunden hat.

Die Ansichten über die Häufigkeit und die Beziehungen der Neuritis opt. zu Ohrerkrankungen differiren, wie aus diesen Anführungen hervorgeht, noch sehr bedeutend; während Zaufal fast constant bei Meningitis ex otitide die besagten Veränderungen im Augenhintergrunde findet, stellt Kipp die Häufigkeit dieser Combination überhaupt in Abrede und schränkt jenem Autor gegenüber die klinische Bedeutung dieses Befundes möglichst ein; eben so vorsichtig ist Schwartze's Standpunkt: „einen Rückschluss aus dem Augenbefunde auf intracranielle Anomalien bei gleichzeitiger Mittelohrentzündung zu machen, ist immer gewagt, und darf nur mit grosser Reserve geschehen". Die Bedeutung des Befundes aber an und für sich für die Beurtheilung des einzelnen Falles bei Berücksichtigung aller anderen Verhältnisse dürfte schwerlich in Abrede zu stellen sein, und es dürfte nur wünschenswerth erscheinen, wenn dem Gegenstande besonders seitens der otiatrischen Kliniken eine grössere Aufmerksamkeit wie bisher zugewendet würde, um an einem möglichst grossen, der eingehenden Beobachtung zugänglichen Materiale den Zusammenhang der Neuritis opt. mit den Ohrerkrankungen zu studiren. Bis dahin aber dürften auch einzelne casuistische Beiträge ihre Berechtigung haben, eine Berechtigung, welche die nachstehende Beobachtung für sich um so eher in Anspruch nehmen möchte, als die Augenuntersuchung dabei frühzeitig und von berufener Seite ausgeführt wurde, indem die Mittelohrerkrankung eine Tochter des hiesigen Augenarztes, Herrn Collegen Dr. Samelson, betraf, welchem ich die Details des Augenbefundes verdanke.

Digitized by Google

Das bis dahin gesunde 7jährige Kind war von leichtem Masernanfalle eben genesen, als unter lebhaften Stichen im linken Ohre sowie Temperaturerhöhung bis 39,0° C. eine linksseitige Mittelohrentzündung auftrat, welche im Verlaufe einiger Tage zur Perforation im vorderen unteren Quadranten und mässig schleimiger Secretion führte; darauf Nachlass der Schmerzen und des Fiebers. Schon begann die auf 4 Ctm. für die Uhr gesunkene Hörweite sich wieder zu heben, als 10 Tage nach dem ersten Auftreten der Ohrenschmerzen dieselben recidivirten mit starkem schleimig-eitrigem Ausflusse; starke Pulsation in der Trommelfelllücke, Temp. 38,4; Umgebung des Ohres nicht entzündet. In den nächsten Tagen kam es zu Exsudatbildung am innersten Gehörgangsabschnitt und an der ganzen äusseren Trommelfellfläche, gleichzeitig Temperatursteigerung auf 39,8° C.; ausgesprochener Meteorismus und Status gastricus, Schlaflosigkeit, andauernd Stirnkopfschmerz, Kräfteverfall; Warzenfortsatz zeigte allmählig zunehmende, gleichwohl aber in mässigen Grenzen bleibende Röthe und schmerzhafte Schwellung der Bedeckung. Borsäurelösung in den Gehörgang, Blutegel an den Proc. mast., Eisbeutel daselbst; innerlich Calomel und Jalappe. Während der nächsten 3 Tage Abnahme der Otorrhoe, Lösung des Exsudats unter Nachlass des Fiebers und Schwund der Entzündungserscheinungen am Warzenfortsatz, dagegen dauerten Kopfschmerz und Schlaflosigkeit fort. Uhr nur im Contact. Bei mässiger schleimig-eitriger Secretion stellte sich in den nächsten Tagen eine schmerzhafte Drüsenschwellung an der linken Halsseite ohne Fiebersteigerung ein, während sich gleichzeitig vor der Shrapnell'schen Membran eine bei Sondenberührung nicht schmerzhafte Senkung der oberen Gehörgangswand ausbildete, welche das Trommelfell mehr als zur Hälfte bedeckte; Secretabfluss völlig frei, Secret selbst mehr eitrig. In der nächstfolgenden Nacht ein halbstündiger starker Schüttelfrost mit Temperaturerhöhung auf 39,8° C., nach Antipyrin Abfall auf 37,0° C., danach Befinden besser, Schlaf. Sofort nach Auftreten des Schüttelfrostes ophthalmoscopirte Dr. S. und fand beiderseits geschwollene und gewundene Netzhautvenen mit vermehrter Röthung beider Papillen, woraus er auf eine plötzliche Behinderung des venösen Rückflusses aus der Netzhaut schloss; da eine solche am ehesten mit einer Thrombose eines Sinus in Verbindung zu bringen war, so musste eine ungünstigere Prognose gestellt werden, als nach dem bisherigen Verlaufe der Ohrerkrankung begründet gewesen, und dies um so mehr, als am Vormittage desselben Tages bei gleichbleibender Temperatur heftige Schmerzen im linken Schultergelenk und Nachmittags im linken Hüftgelenk auftraten, jedoch ohne Schwellung oder Beweglichkeitsbeschränkung. Als jedoch am nächsten Tage schon die Temperatur plötzlich und jäh abfiel, und seitdem die Reconvalescenz ohne weitere Unterbrechung eintrat, wurde die ursprünglich gestellte Diagnose aufgegeben, trotzdem der Augenspiegelbefund eher eine Zu- als Abnahme der geschilderten Erscheinungen bot. Unterdessen war die Gehörgangsschwellung fast ganz zurückgegangen, wodurch eine bis dahin verdeckt gebliebene beträchtliche Vorwölbung der Membrana Shrapnelli sichtbar wurde; Paracentese derselben entleerte nur Blut; von nun an besserte sich der Ohrbefund stetig, mit der Heilung der Perforation bildete sich das Hörvermögen mehr und mehr zur Norm zurück. So währte der

Digitized by Google

Zustand, als plötzlich in der 6. Woche das Kind über eigenthümliche Beschwerden beim Sehen klagte, welche sich bei der Untersuchung als linksseitige Abducensparese und doppelseitige Papillitis mit deutlichen Symptomen der Stauungspapille darstellten. Zugleich war das Sehvermögen des linken Auges auf $^1/_2$, des rechten auf $^2/_3$ der vorher normalen Sehschärfe gesunken. Nach diesem Befunde konnte an der Richtigkeit des zuerst vermutheten Zusammenhanges kaum noch gezweifelt werden. Schon frühzeitig hatten der anhaltende Kopfschmerz, die Obstipation, die Fieberbewegungen im Verein mit dem gesammten Krankheitsbilde den Verdacht einer Hyperämie oder Entzündung der Hirnhäute nahegelegt; ob diese intracranielle Complication als eine Folge des Ohrenleidens oder eine Nachkrankheit der Maserninfection aufzufassen ist, muss in Anbetracht des Umstandes, dass Meningitis nach Masern wohl ausschliesslich den tuberculösen Character trägt, nach dem Krankheitsverlaufe zu Gunsten der ersteren Annahme entschieden werden. Dagegen mag dahingestellt bleiben, ob wirklich Thrombose eines Sinus vorgelegen. Der einmalige Schüttelfrost sowie die schmerzhafte Affection des Schulter- und Hüftgelenks, Symptome, welche in Verbindung mit den jähen Temperatursprüngen den Verdacht einer pyämischen, rasch vorübergehenden Infection nahe legen, lassen daran erinnern, dass es zur Pyämie im Gefolge von Ohrenleiden nicht der Thrombose der grossen Sinus bedarf, dass vielmehr auch die Phlebitiden der kleinen Gefässe in Pauken- und Warzenhöhle genügen, durch Zerfall und Eiteraufnahme in's Blut von diesen Stellen aus die Infection zu bedingen; der meist glückliche Verlauf wird durch die geringe Menge des aufgenommenen und noch nicht zersetzten Eiters erklärt. Bemerkenswerth für diese Auffassung dürfte der Umstand sein, dass sich mit den oben erwähnten, der Pyämie verdächtigen Symptomen jene Veränderungen an der Shrapnell'schen Membran ausbildeten, welche auf ein Fortschreiten der Entzündung auf den obersten Trommelhöhlenabschnitt und das Antrum mastoid. schliessen liessen.

Die Gottstein'sche Röhrenzange.

Von

Dr. **Brookmann** in Kalisz (Polen).

Der Schlusspassus in dem Artikel: „Ein Fall von Fremdkörper im Kehlkopf" von Dr. Kayser*), in welchem derselbe die Gottstein'sche Röhrenzange empfiehlt, mit der Bemerkung, dass man mit derselben „eine grosse Kraft anwenden kann", veranlasst mich, folgenden Fall aus meiner eigenen Praxis mitzutheilen: In der ersten Hälfte dieses Jahres wurde mir aus dem hiesigen Krankenhause A. B., 38 Jahre alt, zugeschickt, bei der ein gestieltes Fibrom am vorderen Drittel des linken Stimmbandes sass, in das Lumen des Larynx hineinragte, und bei jeder Phonation und stärkeren Exspiration emporgeschleudert wurde. Es schien mir damals die Gottstein'sche Röhrenzange mit der von vorn nach hinten fassenden Branche für diesen Fall als die geeignetste, da diese

*) Siehe No. 6 dieser Monatsschrift 1887.

Digitized by Google

Zange ausser anderen Vorzügen auch das für sich hatte, dass die platten Branchen ein eventuelles Entschlüpfen der abgekniffenen Geschwulst verhindern würden. Bei dem ersten Versuche, die Geschwulst abzukneifen, fühlte ich einen deutlichen Widerstand, bei der darauf folgenden Untersuchung fand ich am Stiel der Geschwulst eine unbedeutende Blutung, und nachdem dieselbe sistirte, machte ich den zweiten Versuch zum Abkneifen. Kaum hatte ich aber die beiden Griffe der Zange fester zugedrückt, als der Widerstand plötzlich nachliess und die Kranke in demselben Augenblicke mit einem Hustenstosse die vordere (die obere) Branche aus dem Munde schleuderte. Wie ich glaube, hab' ich es einem günstigen Zufalle zu danken, dass die Branche nicht in die Trachea fiel — die Schuld daran müsste ich mir selbst zuschreiben. Es ist möglich, dass dieses Instrument in gewissen Fällen sich nützlich bewährt hat, aber meiner Ansicht nach dürfte es unter keiner Bedingung dort angewendet werden, wo irgend welche Kraft entwickelt werden muss. Bei einer genaueren Betrachtung der Röhrenzange sieht man, dass die in der Röhre laufende Stange an ihrem vorderen Ende, welches die bewegliche Branche trägt, sehr gracil gearbeitet ist, so dass jeder stärkere Druck oder Zug ein Abbrechen desselben bewirken muss. Bei der Idee, die der Zange zu Grunde liegt, kann das vordere Ende der Stange nicht stärker gemacht werden die Voraussetzung, dass die Ausführung des Instrumentes eine schlechte war, fällt also weg. Das Instrument ist seiner Zeit bei Härtel in Breslau gekauft und zum ersten Male zu obiger Operation benutzt worden*).

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane. Von G. Schwalbe. Mit 199 Holzschnitten. Erlangen. Verlag von E. Bezod. 1887. Besprochen von Prof. Dr. Rüdinger. (Schluss.)

In der Arbeit Schwalbe's findet auch die Paukenhöhle eine erschöpfende, gründliche Betrachtung, insbesondere ihre Beziehungen zur knöchernen Tuba, der Fossa jugularis, dem carotischen Canale, dem Semicanalis tensoris tympani und den Cellulae mastoideae. Alle in der Paukenhöhle vorhandenen Bildungen, welche durch sehr klare Holzschnitte schön illustrirt sind, erfahren eine eingehende Beschreibung. Nachdem Schwalbe die Axe des äusseren Gehörganges und die der Tuben-Paukenhöhle mit Hilfe einer schematischen Abbildung erörtert hat, erfolgt die Besprechung der Einzelgebilde, wobei der Recurrens epitympanicus (Aditus ad antrum mastoideum), das Tympanum proprium,

*) cf. auch den Fall in No. 12 dieser Monatsschrift 1879: »Eine 3½ Ctm. lange Zange während 9 Monaten in der rechten Lunge« von Dr. Voltolini Bei allen Stahl-Instrumenten muss man daran denken, dass sie leicht durch Rost zerstört werden und abbrechen, so z. B. auch die Stahlfeder des Bellocque'schen Röhrchens, wie dies dieser Tage dem Unterzeichneten begegnete, glücklicherweise ehe er es in die Nase geführt hatte.

Voltolini.

Digitized by Google

die Paukenhöhlenenge, der schon von Huschke und Arnold beschriebene Sinus tympani, die Bildungsvorgänge in der fötalen Paukenhöhle und das Nebentrommelfell eine eingehendere Würdigung erfahren, als dies bisher üblich war.

Bei der Beschreibung des Hammers gedenkt Schwalbe der variablen Länge des Processus Folianus und fügt hinzu, dass nach der Angabe von Henzen der genannte Fortsatz sich auch beim Erwachsenen in ansehnlicher Länge erhalte. Urbantschitsch hat einen Processus longus von 5,8 Mm. Länge beschrieben und Referent hat einen solchen in seinem Atlas des Gehörorganes abgebildet. Wenn man die Frage beantworten soll, warum der lange Hammerfortsatz so grosse Varietäten bezüglich seiner Länge zeigt, so muss man sich an die Entstehungsweise desselben aus dem langgestreckten Meckel'schen Knorpel erinnern, aus welchem der Processus Folianus durch perichondrale Ossification hervorgeht, und man darf dabei nicht übersehen, dass der Grad der Rückbildung des Meckel'schen Knorpels die Varietäten des als Rest übrig bleibenden langen Hammerfortsatzes bedingt.

Die descriptiv-anatomische Beschreibung des Amboses und Steigbügels, die Erörterung des feineren Baues der Gehörknöchelchen sowie die Verbindungen derselben untereinander und die Einfügung der Steigbügelfussplatte in das ovale Fenster sind, insbesondere auch, weil sie alle die neueren Forschungsresultate einschliessen, als mustergiltige Darstellungen zu bezeichnen. Bezüglich der Gelenke der Gehörknöchelchen weist Schwalbe besonders auf die Mittheilungen anderer Autoren hin und lässt es fraglich, ob einkammerige oder doppelkammerige Gelenke, oder, wie Brunner auszuführen sich bemühte, Symphysen vorliegen. Die Ergebnisse meiner entwickelungsgeschichtlichen Untersuchungen über die Bildung der Gelenke der Paukenköhlenknöchelchen, welche ich an Säugethieren und am Menschen gewonnen habe und die hoffentlich bald an die Oeffentlichkeit gelangen, sind meiner Meinung nach geeignet, die Discussion über diese Frage zum Abschluss zu bringen. Bemerkenswerth erscheint die Darstellung der Verbindung des Hammers mit dem Trommelfelle, insofern, als auf Seite 500 drei Abbildungen verwerthet werden, die ganz und gar übereinstimmen mit jenen, die ich in meinen Beiträgen zur Histologie des mittleren Ohres 1872 geliefert habe. In diesen meinen Beiträgen ist zum ersten Mal der Hammer in seiner knorpeligen Beziehung zum Trommelfell in Querdurchschnitten fast ähnlich dargestellt, wie in den Figuren 182—184 des Buches von Schwalbe. Autoren sind in diesem Kapitel gar nicht angeführt. An der Verbindungsstelle der Steigbügelfussplatte mit dem ovalen Fenster zeichnet Schwalbe in dem Lig. annulare baseos stapedis in der von Brunner entnommenen Figur die weniger dichte Faserlage in der Mitte dieses Bandes ebenso, wie ich dieselbe dargestellt habe. Auch der von mir beschriebene Knorpel an dem Proc. brevis incudis wird von Schwalbe bestätigt und abgebildet. Seine Bedeutung als schlechter Schallleiter, welcher die Ueberleitung der Schallwellen an dieser Stelle auf die Knochen des Schläfebeines bis zu einem gewissen Grade hindert, verdient besondere Beachtung.

Sehr eingehend sind die Buchten der Paukenhöhle und die für die Ohrenärzte so bedeutungsvollen Cellulae mastoideae, ihre Ausdehnung

Digitized by Google

und Auskleidung, sowie ihre Beziehungen zur äusseren und inneren Oberfläche des Schläfenbeines mit Berücksichtigung der schönen Abhandlung über dieses Thema von Bezold besprochen.

Obschon die Abhandlung über die knöcherne Ohrtrompete, den knorpeligen und membranösen Theil derselben an Vollständigkeit nichts zu wünschen übrig lässt, bin ich doch der Meinung, dass die für dieses wichtige Kapitel spärlich eingefügten Abbildungen dem Anfänger das Studium desselben, insbesondere mit Rücksicht auf die vielen physiologisch wichtigen Fragen, die hier in Betracht kommen, schwierig machen dürfte. Für den knorpelig-membranösen Abschnitt der Tuba, für diese bedeutungsvolle Ventilationsröhre, die ja klinisch eine so grosse Rolle spielt, hat Schwalbe nur die einzige Abbildung Fig. 197 verwerthet, eine Darstellung, die auch nicht einem einzigen Querschnitt der vielen Präparate, die ich von der menschlichen Tuba gewonnen habe, entspricht. Weder an der Sicherheitsröhre, noch abwärts in der Nähe der Angrenzung des Musc. levator veli palatini und an der Hilfsspalte sind die Schleimhautfalten so dargestellt, wie sie an normalen Objecten sich vorfinden. Auch fehlen in der Abbildung an der membranösen lateralen Tubenwand die zahlreichen Schleimdrüsen, welche an dieser Stelle vorhanden sind. In der Beschreibung jedoch sind sowohl die oberen, als auch die unteren Falten der Tubenschleimhaut anatomisch und physiologisch gewürdigt.

Was die Beziehungen des Musc. dilatator tubae zur Schleimhaut und zu dem lateralen Knorpelhaken anlangt, findet zwischen Schwalbe und den früheren Autoren, welche specielle Forschungen über dieselben angestellt und Mittheilungen gemacht haben, volle Uebereinstimmung statt, und ich zweifle keinen Augenblick daran, dass auch Schwalbe seine Angaben auf eigene Beobachtungen gründet.

Ich muss diese Besprechung der gründlichen, hervorragenden Arbeit von Schwalbe schliessen, und hoffe, dass ich mit der Bemühung, eine objective Beurtheilung dieses Werkes liefern zu wollen, den Fachgenossen mehr gedient habe, als mit einer Summe von Lobsprüchen ohne eingehende sachliche Begründung. Dass ich bei einzelnen Kapiteln dieser Arbeit mit Rücksicht der historischen Seite der Anatomie des Gehörganges einige kritische Bemerkungen gemacht habe, wird man dem nicht verargen, der Jahre hindurch dieses Feld freudig bearbeitet und genau kennen gelernt hat.

Die Abhandlung Schwalbe's über die Sinnesorgane betrachte ich als eine vortreffliche monographische Leistung, welche für die Zukunft einen Eckstein darstellen wird, den die Fachgenossen und klinischen Specialisten, welche anatomisch-histologische Forschungen anstellen, stets eingehend berücksichtigen müssen.

Einige seltenere Fälle von Erkrankungen des Mittelohres, die mit endocraniellen Leiden complicirt waren. Von Dr. med. E. Schmiegelow in Kopenhagen. (Archiv für Ohrenheilkunde, Band 26, Heft 2.)

In vorliegender Arbeit beschreibt der Verfasser vier Erkrankungen des Mittelohres, die hinsichtlich der Aetiologie und des ganzen Verlaufes viel Interessantes darbieten.

Digitized by Google

In dem ersten Falle, bei einem 46jährigen Manne, der früher öfters starke Schläge gegen den Kopf erhalten hatte, bestand mehrere Jahre ein chronischer, einfacher Mittelohrcatarrh der rechten Seite. Daran schlossen sich ganz plötzlich sehr heftige Neuralgien aller drei Trigeminuszweige nebst Facialisparalyse derselben Seite, ferner Stauungspapille und Zeichen einer Neuritis optic. Ein Jahr darauf trat Ausfluss einer dicken, gelbgrünen, nicht riechenden Flüssigkeit aus dem Ohre, ferner bedeutender Schmerz hinter dem Ohre auf, weshalb die Aufmeisselung des Proc. mastoid. vorgenommen wurde. Da eine Besserung nicht erfolgte und die Schmerzen noch weiter andauerten, wurde die Trepanation des Craniums in der Fossa cranii poster. vorgenommen, ohne dass Eiter gefunden wurde. Auch dieser operative Eingriff brachte keine Heilung. Fünf Monate später starb der Patient und die Section ergab eine diffuse purulente Leptomeningitis. In der vordersten Hälfte der Pars petros., in dem angrenzenden Theile der Ala magna, sowie im Tegmen tympani fanden sich durch Caries entstandene Oeffnungen. Der Zusammenhang der Hirn- und Ohrerkrankung lässt sich in diesem Falle wahrscheinlich so erklären, dass primär eine Eiterung im Schädelinnern entstand, die das Tegmen tympani durchbrach und auf diese Weise zu der plötzlichen Ohreneiterung Veranlassung gab. Trotz des Abflusses, den der Hirneiter durch das Tegmen tympani und die Trommelhöhle fand, breitete sich der Process innerhalb des Schädels weiter aus und führte zum Exitus lethalis.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine Otitis media suppur. acut. sin., Caries proc. mastoid., Pyämie, endocran. Abscess (epidural) bei einem 13jährigen Mädchen mit Ausgang in Heilung nach Aufmeisselung des Proc. mastoid., die etwa vier Wochen nach Beginn der acuten Entzündung vorgenommen wurde, wobei sich zeigte, dass eine Communication des cariösen Warzenfortsatzes mit einem epiduralen Abscesse bestand. Auffallend war im vorliegenden Falle der Mangel an Symptomen, die für einen grossen endocraniellen Abscess sprechen könnten. Alle Symptome zeigten nur auf eine locale Eiterretention in den Zellen des Warzenfortsatzes, während der epidurale Abscess erst zufällig bei der Operation gefunden wurde. Eine ophthalmoscopische Untersuchung, die leider nicht vorgenommen wurde, hätte jedenfalls durch den Befund einer Stauungspapille oder einer Neuritis optic. auf einen intracar. Process hingewiesen.

Der dritte Fall wurde bei einem 27jährigen Mädchen beobachtet. Es handelte sich um eine Otitis suppur. dextra, Eiterretention im Proc. mastoid. und Parese des Nerv. facial. mit stark ausgesprochenen cerebralen Symptomen. Sieben Tage nach der Aufmeisselung des Proc. mastoid., wobei reichliche Granulationsmassen und stinkender Eiter entfernt wurden, starb die Patientin ganz plötzlich. Da während der Operation, obgleich möglichst nahe an der hinteren Wand des Gehörganges gegen das Antrum mastoid. hin vorgedrungen wurde, eine starke venöse Blutung auftrat, so ist anzunehmen, dass in Folge einer Verletzung des abnorm verlaufenden Sin. transversus sich eine Sinusthrombose entwickelte und zu dem raschen lethalen Ende führte. Die Section wurde leider verweigert.

Der vierte Fall betraf ein 21jähriges Mädchen, das früher an Syphilis

Digitized by Google

und lange Zeit hindurch an Otitis suppur. chron. gelitten hatte. Die Eröffnung des Proc. mastoid. musste vorgenommen werden, jedoch fand sich bis zu einer Tiefe von 1¼ Ctm. nur Granulationsgewebe, weder Eiter noch ein Sequester, auch das Antrum mastoideum wurde nicht erreicht.

Neun Monate nach der Operation trat eine Verschlimmerung der eitrigen Paukenhöhlen-Entzündung mit wiederhohlter Betheiligung des Proc. mastoid. ein, so dass eine nochmalige Eröffnung desselben nöthig wurde, wobei eine profuse venöse Blutung auftrat. Die Schmerzen im Kopfe und im Nacken dauerten an, es stellte sich noch Sehnervenatrophie ein, so dass zum dritten Male der Warzenfortsatz eröffnet wurde, wobei eine ausgebreitete Necrose constatirt wurde.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass in diesem Falle, den Hirnsymptomen entsprechend, im Anschluss an Caries und Necrose des Proc. mastoid. sich ein Abscess im Schädelinnern entwickelte, der aber erst bei der dritten Eröffnung des Warzenfortsatzes erreicht wurde. Leider konnte über das weitere Schicksal der Patientin nichts Näheres mehr eruirt werden, da sich dieselbe der weiteren Beobachtung entzog.

Die angeführten Krankengeschichten sind sehr instructiv, da sie zeigen, welche Schwierigkeiten chronische Eiterungsprocesse in der Paukenhöhle für die richtige Beurtheilung und Behandlung bieten können, und mit welch' mannigfaltigen Complicationen derartige Processe verlaufen.

Kirchner.

Ueber den Zusammenhang zwischen Taubheit und Albuminurie. Von Dr. Gellé. (Sitzungsbericht der Académie de Biologie zu Paris. — Semaine médicale No. 13, 1888.)

Eine Patientin, die wegen einer Lähmung des rechten Stimmbandes in Verf.'s Behandlung war, wurde plötzlich von einer completen Taubheit befallen, wiewohl eine genaue Untersuchung des Ohres nichts Abnormes ergab; dagegen fand man bei einer Analyse des Harns eine geringe Menge Eiweiss. — Oedeme, Schwindelanfälle und dergl. mehr bestanden dagegen nicht. 2 Wochen nach dieser Untersuchung trat indessen an den unteren Extremitäten, vornehmlich an den Knöcheln leichtes Oedem auf, welches an Intensität sehr bald zunahm, und 18 Monate später ging die Pat., ohne ihr Hörvermögen jemals wieder erlangt zu haben, unter den Symptomen des chronischen Morbus Brightii zu Grunde. — Die Beobachtung ist aus mehreren Gründen werthvoll: ein Mal beweist sie, dass ohne jegliche peripherische Verletzung am Hörorgan sich plötzliche complete, unheilbare Taubheit einstellen kann. In einem solchen Falle ist stets das Augenmerk des Arztes auf eine event. vorhandene allgemeine Dyscrasie zu richten. — Was die Genese der Albuminurie in dem qu. Falle anlangt, so glaubt G. an einen Zusammenhang mit der Stimmbandlähmung, die ihrerseits durch eine Recurrenslähmung in Folge eines Mediastinaltumors bedingt war. Die entzündliche Reizung des Recurrens wirkt nach Verf. reflectorisch zugleich auf das nervöse Bulbuscentrum ein. Bekanntlich hat Henrot nach einer Beobachtung, in welcher sich Diabetes mellitus bei einem Patienten, der an einem Tumor im Verlaufe des N. vagus litt, derartige Einflüsse als patho-

Digitized by Google

genetisch auch für Diabetes mellitus betrachtet. — Dass andererseits solche Reize auf peripherische Nerven auch unter anderen Bedingungen die Hörorgane beeinflussen, beweisen die Versuche Gellé's und Vietti's, aus denen sich ergiebt, dass man auch künstliche Elongation (Dehnung) der Vagi, Hämorrhagien auf der Schleimhaut der Paukenhöhle, des Trommelfelles etc. bei Kaninchen hervorrufen konnte. — Freilich scheinen in dem vom Verf. beobachteten Falle, in dem leider die Section nicht gestattet wurde, die supponirten, im Zusammenhang mit der Recurrenslähmung stehenden Verletzungen mehr centraler Natur gewesen zu sein, da trotz sorgfältigster Untersuchung an den der Inspection zugänglichen Theilen nichts Abnormes gefunden wurde. L . . n.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Parenchymatöse Tuberculose der Zunge. (Tuberculose parenchymateuse de la langue.) Von Dr. Barth. (Société médicale des hôpitaux. Séance du 25. Novembre 1886.)

Ein 30jähr. Mann, in der zweiten Periode der Lungenphthise, zeigt schmerzhafte Knoten in der Zunge, welche sich in Geschwüre umänderten. Syphilis wird geläugnet, eine antisyphilitische Behandlung schadete demgemäss in auffallender Weise. Dr. P. K.

Ueber eingebildete Zungengeschwüre. (Des ulcérations imaginaires de la langue.) Von Dr. Verneuil. (Bulletin de l'académie de médecine de Paris, séance du 27 Septembre 1887.)

Schon zu seiner Zeit hat Velpeau die eingebildeten Tumoren der weiblichen Brustdrüse als eine besondere Classe von Tumoren beschrieben, welche nicht zu operiren sind; sie bestehen nämlich in einem etwas härteren und empfindlichen Lobulus der Drüse und in einer intercostalen Neuralgie mit localisirtem Schmerz in der Drüse. Dasselbe wendet Verf. auf gewisse Zungengeschwüre an: Schmerzhaftigkeit und den Muth der Patienten deprimirendes Pseudogeschwür sind die beiden Hauptfactoren.

Verf. hat 5 solche Fälle beobachtet, welche sich ganz ähnlich sind. Es sind reine Zungenneuralgien, ein wirkliches Geschwür ist nicht zu entdecken; eine psychische Anlage scheint zu der Krankheit zu disponiren. Man kann 3 Ursachen annehmen: arthritische Diathese (?), falsche Gebisse, Tabes. Die Prognose quoad vitam ist sehr günstig, quoad valetudinem aber sehr ungünstig. Am besten wirken noch Bromkalium und die moralische Behandlung. Dr. P. K.

Stimmritzenkrampf, durch Reflex hervorgebracht. (Spasme glottique reflexe.) Von W. Oltenzewsky. (Gazeta lekarska. Internationales Centralblatt für Laryngologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1887.)

Zwei Fälle von Stimmritzenkrampf fanden sich zugleich mit Hypertrophie der mittleren Nasenmuschel; nachdem die Muscheln gebrannt resp. theilweise entfernt waren, trat Heilung ein. Verf. erinnert dabei an einen ähnlichen, von Hoffmann veröffentlichten Fall. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein Fall von allgemeinem Emphysem nach einer Laryngitis stridulosa. (Un cas d'emphysème généralisé après une laryngite striduleuse.) Von Dr. Cadet de Gassicourt. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Februar 1887, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1887.)

Es ist dies der erste beobachtete Fall. Die Laryngitis stridulosa ist oft der Vorbote einer Bronchopneumonie und dann können die heftigen Hustenstösse durch Erkrankung des Lungengewebes das Emphysem hervorbringen. Dr. P. K.

Quecksilberräucherungen bei diphtheritischem Croup. (Mercurial Fumigations in Laryngeal Diphtheria or Diphtheritic Croup.) Von J. Corbin in Brooklyn. (N.-Y. Med. Journal, 10. März 1888.)

Das Bett des an diphtheritischem Croup leidenden Kindes wird mit einem zeltartigen Dach versehen, welches nach Beendigung der Räucherung wieder entfernt wird. Bei acht- bis zehnjährigen Kindern lässt Verf. jedesmal 40—60 Gran (etwa 2,5—3,5 Gramm) Calomel über einer Flamme verdampfen. Die Räucherungen werden während des ersten Tages alle zwei bis drei Stunden wiederholt. Die Dauer einer einzelnen Räucherung beträgt zwanzig Minuten. Sobald der Auswurf leichter geworden ist, wird die Häufigkeit der Räucherungen vermindert. Innerliche Mittel werden bei dieser Behandlungsweise gar nicht in Anwendung gezogen. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber die Nichtidentität der croupösen Amygdalitis und der Diphtheritis. (De la non-identité de l'amygdalite croupale avec la diphthérie.) Von Dr. Emmett Holt. (N.-Y. med. Journal, Mai 1886, und Annales des maladies du larynx et de l'oreille No. 4, 1887.)

Verf. giebt eine vergleichende Tabelle der Symptome, wie sie bei einfachem Croup und Diphtheritis vorkommen; die in den verschiedenen Ländern gebräuchlichen und nur Wirrwar bringenden Benennungen kommen ganz einfach von Sprachverwirrung her. Dr. P. K.

Bericht über die Anwendung der Intubation bei fünf Fällen von chronischer Kehlkopfstenose. (Intubation in Chronic Stenosis of the Larynx, with a Report of Five Cases.) Von Joseph O'Dwyer in New-York. (N.-Y. Medical Journal, 10. März 1888.)

Fall I ist schon früher einmal veröffentlicht worden (Med. Record, 5. Juni 1886, vgl. die Referate in dieser Monatsschr., September 1886, pag. 306 und 307, „Ueber die Technik des O'Dwyer'schen Verfahrens und die dabei angewandten Instrumente", s. den mit Abbildungen ausgestatteten Aufsatz „Ueber Larynxintubation" von A. Caillé [Berliner kl. Wochenschr. No. 32, 1887]). Seit Anfang der Behandlung der syphilitischen Stenose mittelst Tubage sind einundzwanzig Monate verflossen und die Aussichten sind, dass dieselbe während der ganzen Lebensdauer der Patientin fortgesetzt werden muss. Verf. hat deshalb angefangen, die Patientin das Selbsteinführen der Canüle zu lehren.

Digitized by Google

Fall II war eine 35jähr. Frau, bei welcher von anderer Seite die Diagnose einer doppelseitigen Abductorparalyse gestellt worden und die Laryngotomie durch das Lig. crico-thyreoideum ausgeführt worden war. Seit letzterer Operation waren zwei Jahre verflossen. Es stellte sich nun bei genauer Untersuchung heraus, dass die Unbeweglichkeit der Stimmbänder nicht durch blosse Lähmung, sondern durch eine vollkommene Verwachsung ihrer freien Bänder bedingt war. Brisement forcé in der Narcose mittelst Kornzange und Finger und Einlegen einer drei Zoll langen Canüle. Patientin konnte nun mit Flüsterstimme sprechen und durch den Mund husten. Wurde das Intubationsrohr entfernt, so stellte sich Apposition der Stimmbänder und somit der frühere Zustand wieder ein. Etwa drei Wochen nach dem Brisement forcé führte O'Dwyer die Resection der Stimmbänder aus, indem er von unten her durch die schon von früher her bestehende und nur etwas erweiterte Laryngotomieöffnung einen spitzen Haken einführte, unter Führung des Fingers die Stimmbänder anspiesste, um sie zu fixiren und sie dann mit einem geknöpften Bistouri excidirte. Eine nun eingeführte Canüle blieb über neun Monate lang ununterbrochen in situ, während welcher Zeit Patientin sich unsichtbar machte. Sie tauchte dann wieder auf, die Canüle wurde entfernt und konnte nun ganz weggelassen werden. Wegen der Details dieses interessanten Falles und der epicritischen Bemerkungen des Verfahrens vergl. das Original.

Fall III war eine 40jährige, von ihrem Gatten inficirte Frau mit Laryngitis subglottica. Es war schon alles zur Tracheotomie vorbereitet, als man im letzten Augenblick sich zu einem Versuch der Intubation entschloss, der auch gelang. Im weiteren Verlaufe entwickelte sich ein Gumma des linken Arytänoidknorpels, welches einen Erstickungsanfall verursachte, der ebenfalls durch Intubation behoben wurde.

Fall IV und V sind nicht O'Dwyer's eigene Fälle. Der erstere, von J. J. Reid intubirt, bot Larynxulcerationen, wahrscheinlich syphilitischer Natur. In Fall V, von Dillon Brown mittelst Intubation behandelt, war von einem anderen Chirurgen die extra-laryngeale Exstirpation einer Kehlkopfgeschwulst ausgeführt worden und Patient trug eine gewöhnliche Trachealcanüle. Er hatte letztere drei Monate lang getragen, als die Behandlung mittelst der O'Dwyer'schen Intubationsröhre angefangen wurde. Die erste Einführung der letzteren musste in der Narcose ausgeführt werden. Nach blos einwöchentlicher Behandlung mittelst dieses Verfahrens war Patient von seiner Stenose vollkommen hergestellt und konnte ohne Canüle auskommen.

Verf. macht den Vorschlag, bei Stricturen der Trachea die Resection dieser Röhre vorzunehmen, welche in Folge ihrer Elasticität eine Verkürzung sage um einen halben Zoll ganz gut vertragen könne.

Der Artikel enthält eine Fülle anregender Details klinischer und technischer Art, auf welche hier im Auszuge nicht eingegangen werden kann. Am Schlusse findet sich auch die Abbildung einer vom Verf. zum Zwecke der Entfernung von Trachealgeschwülsten per vias naturales construirten Curette. A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Bericht über zehn Fälle von diphtheritischer Kehlkopfstenose, welche mittelst der O'Dwyer'schen Intubation behandelt wurden. (Report of Ten Cases of Intubation of the Larynx, with Remarks.) Von J. W. Pinkham in Montclair (New-Jersey). (N.-Y. Medical Journal, 17. März 1888.)

Von den zehn Fällen genasen zwei. — Die Ausführung der Intubation erfordert viel Uebung und Geschicklichkeit. Der Artikel enthielt mehrere practische Winke, von welchen die auf die Stellung des zu intubirenden Kranken und des ihn haltenden Assistenten sich beziehenden besonders hervorzuheben sind. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber Oedema glottidis. (Etude sur l'oedème de la glotte, oedème du larynx.) Von Dr. Charazac.

Verf. giebt in seiner Einleitung die Eintheilung in primäres selbstständiges Glottisödem und in secundäres Oedem; giebt dann die Geschichte des sogenannten Glottisödem von Bayle (1808) bis auf unsere neuere Zeit. I. Das acute primäre Larynxödem (Laryngitis oedematosa acuta primitiva). Der zuerst von Bayle gebrauchte Ausdruck „Oedema glottidis" ist falsch. Es soll heissen „Oedema laryngis", d. h. eine seröse oder eitrige Infiltration des Zellgewebes des Larynx und der aryepiglottischen Falten. Das acute primäre Larynxödem ist zwar selten, doch kommt es vor; es verdient allein den Namen des Larynx- (Glottis-) Oedems. Als Ursachen sind nachzuweisen: grosse Kälte, Ueberanstrengung der Stimme, Caustica, kochende Flüssigkeiten, Trauma, Jodkalium (?). In Bezug auf die pathologische Anatomie führt Verf. nichts Neues an. Die Stimme ist in den meisten Fällen erhalten, die Angaben der älteren Autoren in Bezug auf die Stimme sind nicht zuverlässig. Dyspnoe ist immer vorhanden, in sehr seltenen Fällen fehlt sie, Schmerz seltener als das Gefühl eines Fremdkörpers, Fieber nicht constant, Symptome der acuten Larynxstenose am Thorax, Digitaluntersuchung als gefährlich und unzuverlässig zu verwerfen, Larynxspiegel allein anzuwenden; aryepiglottische Falten nebst falschen Stimmbändern meistens ergriffen, selten die wahren Stimmbänder (Fälle von Massei und Semon) und die vordere Fläche der Epiglottis (Carl Michel); die von Sestier angeführten Recidive beruhen auf (vorlaryngoscopische Zeit) Irrthum; leicht von Abductorenparalyse und von Diphtheritis zu unterscheiden. Gewöhnlich übliche Allgemeinbehandlung, Scarificationen wirken nur auf dieselbe Weise und nicht besser als Blutegel; Tracheotomie gleich nach dem ersten Erstickungsanfall. II. Das secundäre Larynx- (Glottis-) Oedem. A. Das entzündliche Oedem durch Propagation von Entzündungen der Nachbarorgane, bei Erysipel, bei Variola im Stadium florescentiae und in der Reconvalescenz, bei Masern und Scharlach, selten im Blüthestadium, meist in der Reconvalescenz mit Albuminurie, bei Typhen, bei Cholera (schwer zu erklären), bei Tuberculose (weiches und hartes Oedem), Syphilis und Schanker, bei Lupus, Lepra und Herpetisme (?). B. Das mechanische und dyscrasische Oedem. Ersteres selten bei Herzfehlern, chronischen Lungenkrankheiten, Geschwülsten am Halse; das zweite bei allgemeiner Cachexie (namentlich bei Wechselfieber und Krebs) und Mor-

Digitized by Google

bus Brightii. Die Differenzialdiagnose der verschiedenen Larynxödeme ist leicht. Die Behandlung besteht in der des Allgemeinleidens und in localer Application von Scarificationen, Catheterisationen, Causticis und namentlich der Tracheotomie.

Das ganze Buch enthält eine gewissenhaft zusammengebrachte Sammlung der verschiedenen Meinungen über Glottisödem aus vorlaryngoscopischer Zeit nebst den neueren gangbaren Ideen der neueren Zeit. Die Eintheilung ist etwas gekünstelt und im gegebenen Falle nicht zutreffend. Die Behandlung ist die jetzt allgemein angenommene. Dr. P. K.

Ueber die trophische Rolle des Recurrens auf die Schilddrüse. (Du rôle trophique de recurrent vis-à-vis du corps thyroide.) Von W. Hale White. (Centralblatt für Laryngologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1887.)

In zwei Fällen von Compression des Recurrens durch ein Aortenaneurysma entstand Atrophie der Schilddrüse. In einem dritten Falle handelte es sich um ein Glycom der Schädelbasis, welches den Accessorius Willisii in Mitleidenschaft gezogen hatte und die Atrophie der vom Accessorius Will. versorgten Muskeln zur Folge hatte; da in diesem letzten Falle die Nervenfasern des Recurrens intact waren, so kann man schliessen, dass der Recurrens seine trophischen Fasern für die Thyroidea anderweitig herbezieht. Der betreffende Ref. ist nicht mit diesem Schlusse einverstanden, da ein Tumor einen Nerven einschliessen kann, ohne dass nothwendigerweise alle Nervenfasern entarten, und ferner dass es zahlreiche Fälle von Atrophie und Hypertrophie der Schilddrüse giebt, wo der Recurrens unbeschädigt war. Dr. P. K.

Cyste der Schilddrüse, Exstirpation, Heilung. (Kyste du corps thyroide, extirpation, guérison.) Von Dr. J. A. Fort. (Gazette des hôpitaux No. 6, 1887, und Revue mens. de laryngol. No. 9, 1887.)

Ein citronengrosser, rechts und in der Medianlinie sitzender, seit 4 Jahren bestehender Kropf rief bei einem 20jährigen jungen Manne Erstickungserscheinungen hervor. In der Mitte und in der Tiefe konnte man Fluctuation nachweisen; dennoch beschloss Verf., die Thyroidectomie auszuführen. Nach 9 Tagen war vollständige Heilung eingetreten. Verf. kommt zu dem leichter auszusprechenden, als practisch durchzuführenden Schlusse, man soll bei Thyroidectomie keine einzige Ligatur anlegen.
Dr. P. K.

Dyspnoetische Anfälle in Folge eines Halslipoms, Asthma simulirend. Operation, Heilung. (Crises de dyspnée simulant des accès d'asthme dans à l'existance d'un lipome du cou; opération; guérison.) Von Dr. Kleister. (Philad. Med. Times, April 1886, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1887.)

Bedenkliche Dyspnoe, welche mit Lagewechselung sich änderte. Ein über der Clavicula gelegener Tumor ging unter den Sternocleidomastoideus und drückte die Trachea. Mit der Exstirpation des Lipoms trat auch Heilung ein. Dr. P. K.

Digitized by Google

Beitrag zur Lehre von den Lufttumoren der vorderen Halsseite. (Contribution à l'étude des tumeurs gazeuses de la région antérieure du cou.) Von Dr. Paul Fabre. (Gazette médicale de Paris, Août 1886, und Revue mens. de laryng. No. 1, 1887.)

Bei einem 3monatlichen Kinde kam in Folge heftigen Hustens ein unter den Fingern knisternder Tumor in der rechten Regio supra- und infraclavicularis zu Stande; es war blos subcutanes Hautemphysem, welches wahrscheinlich durch Ruptur der Membrana cricothyroidea entstanden war. Der zweite interessante Fall betrifft ein mehrere Monate altes Kind, welchem das oberste Stück vom Sternum fehlte. An der vorderen Halsseite und in der Mitte der Brust besteht ein lufthaltiges Diverticulum, welches bei der Exspiration anschwillt, um beim Inspiriren wieder abzunehmen. Dr. P. K.

Ein Fall von Morbus Basedowii mit Section. (Un cas de goître exophthalmique avec autopsie.) Von Dr. Hervouet. (Gazette méd. de Nantes, December 1886, und Revue mens. de laryngol. No. 9, 1887.)

Eine sehr nervöse, 48jährige Frau, welche seit lange an Morbus Basedowii leidet, erlag einem Erstickungsanfall im Hôtel Dieu in Nantes. Bei der Section fand man im Larynx einen submucösen Abscess, welcher Eiter und Knorpelstücke enthielt; der Abscess entsprach der Platte des Ringknorpels, welch' letzterer verschwunden war. Die Bulbuserkrankung genügt nicht, um die Störungen am Vagus und den Tod zu erklären; man muss trophische Erkrankung des Recurrens mit ihren Folgen annehmen. Der französische Referent bemerkt mit Recht, dass mit Unrecht die laryngoscopische Untersuchung unterlassen worden ist, und dass letztere jedenfalls eine lebensrettende Tracheotomie als angezeigt ergeben hätte. Dr. P. K.

Morbus Basedowii mit Section; Verletzung des rechten Recurrens; submucöser Abscess und Necrose des Larynx. (Goître exophthalmique avec autopsie, lésion du recurrent droit, abcès sous-muqueux et nécrose du larynx.) Von Dr. Hervouet. (Gaz. med. de Nantes, December 1886. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1887.)

Interessanter Fall von Basedow'scher Krankheit mit pathologisch-anatomischen Bemerkungen; Degeneration des rechten Recurrens, welche die Larynxdyspnoe verursachte; die Larynxveränderungen wurden als trophische Störungen nachgewiesen. Dr. P. K.

Hydatidencyste der Regio thyroidea. (Kyste hydatique de la région thyroidienne.) Von Dr. Reverdin. (Revue de la suisse romande und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1887.)

Eine grosse Cyste, deren Sitz, rasche Entwickelung nach einer Schwangerschaft, sowie Compression auf die Umgebung, auf einen malignen Tumor schliessen liessen, gab beim Punctiren eine helle, Echinococcen enthaltende Flüssigkeit. Man konnte sich nun überzeugen, dass der Tumor nicht von der Schilddrüse, sondern von dem umgebenden Zellgewebe ausging. Die Eröffnung und Drainage brachten Heilung. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber angeborene Halsfisteln (Branchialfisteln). (Des fistules congénitales du cou [fistules branchiales].) Von Dr. Guzman. (Thèse de Paris No. 184, 1886, und Revue mens. de laryngologie No. 8, 1887.)

Verf. giebt die Geschichte, die Entstehung, die Eintheilung, die Behandlung der Branchialfisteln; interessant ist die Differentialdiagnose mit den Infrahyoidalcysten. Dr. P. K.

Seröse Halscyste, Punction mit Jodeinspritzung, Heilung. (Kyste séreux du cou. Ponction jodée. Guérison.) Von Dr. Dupin. (Gazette méd.-chir. de Toulouse, Februar 1886, und Revue mens. de laryngol. No. 9, 1887.)

Ein 7jähriges Kind trug an der linken Halsseite eine dem Fingerdruck weichende Geschwulst, welche nach aufhörendem Drucke gleich wieder erschien. Haut normal; eine Salbe eingerieben, vermehrte rasch die Geschwulst. Die Haut begann necrotisch zu werden. Punction mit Jodinjection. Heilung nach 22 Tagen. Dr. P. K.

Ist der Kropf erblich? (Le goître est-il héréditaire?) Von Dr. Allen Thomson Sloan. (The Brit. Med. Journal No. 6, 1886, und Revue mens. de laryngol. No. 9, 1887.)

Die Frage ist bejahend zu beantworten. In 12 Fällen war er 8 Mal erblich; oft ist er nicht nur erblich, sondern gar congenital.

Dr. P. K.

Ueber den von der Schwangerschaft und der Niederkunft abhängigen Kropf. (Du goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement.) Von Dr. de Burine. (Thèse de Paris 1886 und Revue mens. de laryngol. No. 9, 1887.)

Die Schilddrüse kann hypertrophiren auf dieselbe Weise, wie die meisten Organe des Körpers während der Schwangerschaft; die Hypergenesie der lymphoiden Follikel und die Hypertrophie des linken Herzens tragen zur Hypertrophie bei. Kommt zur Congestion noch das inflammatorische und das hyperplastische Element, so bleibt die Hypertrophie nach der Schwangerschaft bestehen; die Zahl der Schwangerschaften und die Länge der Geburtsperiode begünstigen die Anlage zum Kropf. Verf. giebt 3 Krankengeschichten: Bei einer 36jährigen Frau kamen im neunten Entbindungsacte so heftige Erstickungsanfälle, dass man schnell die Geburt mittelst des Forceps beendigen musste; später wurde die Thyroidectomie gemacht. Bei einer 32jähr. Frau nahm der schon bestehende Kropf während der vierten und fünften Entbindung bedeutend zu, ohne jedoch Erstickungsanfälle hervorzurufen. Bei einer 32jährigen Frau entstand bei der ersten Entbindung ein wallnussgrosser Kropf, welcher während der drei darauf folgenden Geburten gar nicht zunahm.

Dr. P. K.

Ueber Kropf-Exstirpation. (Sur l'extirpation du goître.) Leçon clinique faite par le professeur Reverdin en 1885 à la clinique du professeur Léon Tripier. (Lyon médical No. 15, 16 u. 18, 1886, und Revue mens. de laryngol. No. 9, 1887.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Man soll nie aus kosme-

Digitized by Google

tischen Rücksichten operiren; 2) man soll operiren, wenn die medicamentöse Behandlung im Stiche lässt und wenn Schmerzen nebst Athembeklemmung bestehen; 3) man soll nie zu lange mit der Operation warten, sondern gleich bei Compressionserscheinungen operiren.

Früher eine gefürchtete Operation, ist sie jetzt relativ leicht wegen der Antisepsis und der Hämostase.

Zu den primären, ungünstigen Ereignissen zählt man die Aphonie, welche in Folge der Durchschneidung oder der antiseptischen Durchtränkung der Recurrentes oder später durch Narbencontraction entstehen kann; dann die Dysphagie, welche durch den, inmitten des Operationsfeldes gelegenen, sich fortwährend bewegenden Larynx hervorgerufen wird; zu den secundären rechnet man besonders die Cachexia thyroidea priva oder Myxoedem.

Verf. beschreibt dann die genaue Operationsmethode bei einem Fall, den er eben operirt; die entfernte Geschwust wog 215 Gramm.

Dr. P. K.

Bemerkungen über die intraglanduläre Ausschälung des Kropfes. (A propos de l'énucléation intraglandulaire.) Von Prof. Reverdin. (Semaine médicale, 23. Februar 1887, und Revue mensuelle de laryngologie No. 9, 1887.)

Die totale Thyroidectomie wird wegen dem später eintretenden Myxoedem soviel als möglich durch die partielle Exstirpation der Schilddrüse ersetzt. Die partiellen Exstirpationen nach Mikulicz, Woelfer, Sydney Jones schützen nach R. nicht vor Myxoedem; einzig und allein schützt die von Socin von Basel angegebene Enucleation vor der Cachexia thyroidea priva, weil blos krankes Gewebe entfernt und gesundes gelassen wird. Das von Socin angegebene Verfahren erleidet Schwierigkeiten, wenn keine scharfe Grenze zwischen gesundem und krankem Gewebe besteht.

Dr. P. K.

Retrosternaler Kropf mit Erstickungserscheinungen. Plötzlich auftretende Erstickungsgefahr. Tracheotomie. Befestigung der beiden Schilddrüsenlappen an die Halsaponeurosen nach der Methode von Bonnet. Schwierigkeiten, die Canüle gänzlich zu entfernen; selbe bleibt 3 Jahre lang liegen. Heilung. (Goitre plongeant avec accès de suffocation. Ménace d'asphyxie rapide. Trachéotomie. Fixation des deux lobes du corps thyroide aux aponévroses du cou par la méthode de Bonnet. Difficulté pour ôter définitivement la canule trachéale qui reste en place pendant trois ans. Guérison.) Von Dr. Terrillon. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1887.)

1882. kam ein 17jähriger junger Mann mit den Zeichen eines retrosternalen Kropfes in's Hôpital de la Pitié. Der Erstickungstod war unausbleiblich, wenn man nicht gleich operirte. Nach schnell vollführter Tracheotomie musste die künstliche Respiration eingeleitet werden und der Kranke kam zu sich. Im weiteren Verlaufe bemerkte man, dass die Trachea von beiden Seiten durch die beiderseitigen Schilddrüsenlappen flachgedrückt war. Es blieb also nur die Total-Exstirpation oder das

Digitized by Google

Anheften der Lappen an die Halsaponeurosen nach Bonnet übrig. Erstere erschien in diesem Falle gewagt wegen der Breite des zu führenden Schnittes und dann auch wegen der zu fürchtenden Cachexia strumipriva. Letztere wurde nun in zwei Sitzungen ausgeführt; sie gelang vollständig, aber die Dyspnoe hörte trotz des Emporgehobenseins der beiden Lappen noch nicht auf. Da keine Granulationen die Verengerung hervorbrachten, so musste eine Erweichung und ein Zusammenklappen der Trachealringe nach Entfernung der Canüle angenommen werden (Rose); letzteres wurde auch wirklich laryngoscopisch nachgewiesen. Nach einiger Zeit und nachdem später einige kleine Granulationen weggebrannt waren, konnte die Canüle für immer entfernt werden.

Verf. rechtfertigt die etwas ausführlich gegebene Krankengeschichte, weil sie beweist, wie man selbst in schweren Fällen durch Geduld und mehrere aufeinanderfolgende Operationen ohne Totalexstirpation mit ihren schlimmen Folgen zu Stande kommt. Dr. P. K.

Die intraglanduläre Enucleation des Kropfes. (L'énucléation intraglandulaire du goitre.) Von Dr. Albert Heydenreich. (Sémaine médicale No. 2, 1887 und Revue mens. de laryngol. No. 9, 1887.)

Gewöhnlich stellen sich die kranken Theile der Schilddrüse unter der Form von Knoten, welche mit einer Capsel umgeben sind, zu Gesicht; oberflächlich oder tief gelegen, müssen sie genau abpräparirt werden; ihre Entfernung ist dann leichte Sache. Die Operation ist leicht und fast ohne Gefahr: Nerven und grosse Gefässe werden vermieden; der Hals behält seine frühere Form, Tetanus und Erstickungsanfälle durch Collabiren der Trachea werden nicht beobachtet. Dr. P. K.

Modificirte Laryngeotomie. (Laryngectomie modifiée.) Von Dr. Solis Cohen. (Association de laryngologie américaine, Mai 1887, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1887, No. 7.)

Verf. fand in vielen Fällen von totaler Larynx-Exstirpation die Cartilago thyroidea intact; könnte man letztere schonen, so wäre die Operation viel einfacher und lange nicht so gefährlich, weil viele Gewebe erhalten blieben und namentlich, weil der Constrictor pharyngis inferior seinen Stützpunkt behielte.

Man macht zuerst die Tracheotomie, Schnitt vom Os hyoideum bis zur Cartilago cricoidea in der Medianlinie, Sternohyoidei genau von einander entfernen, von oben einen Arm der schneidenden Zange unter der einen Hälfte der Cartilago thyroidea einführen, den anderen Arm aussen lassen, den Flügel der Cart. thyroidea in seiner ganzen Länge bis durch das Lig. cricothyroid. durchschneiden, denselben Schnitt durch die andere Hälfte der Cart. thyroidea führen, mit Scheere und Pincette alle so getrennten Larynxtheile entfernen, inwendig im Larynx alle weichen Theile mit dem Scalpelstiel lostrennen, die Cartil. cricoidea von unten nach oben durchschneiden, nachdem man die Trachea oberhalb der Canüle mit Baumwolle zugestopft hat, Trennung der Cricoidea vom kleinen Horn des Schildknorpels und vom Oesophagus, Niederdrücken der Epiglottis durch den von unten nach oben in den Pharynx einge-

Digitized by Google

führten Finger, endlich Durchschneiden des Ligamentum thyreo-hyoideum und der Gewebe, welche noch in der Wegnahme die Portio respiratoria des Larynx festhalten können.

Verf. hebt als Vorzüge dieser „bisher nur an der Leiche" probirten Operation hervor: 1) Leichtigkeit, Schnelligkeit, Sicherheit, 2) kleine Wunde, 3) Erhaltung der Ansatzstellen des Ligamentum hyothyroideum und theilweise auch der Musculi thyreohyoidei, sternothyroidei, stylopharyngei und Constrictor inferior, 4) Erhalten wichtiger, beim Schlucken nöthiger Theile, 5) normale Stütze für den künstlichen Apparat.

Dr. P. K.

Anfall von Larynxdyspnoe; Aortenaneurysma bei der Section erst nachgewiesen. (Accès de dyspnée laryngienne, cas d'anévrysme de l'aorte découvert à l'autopsie.) Von Dr. Voyer. (Gazette médicale de Nantes, December 1886. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1887.)

Larynxdyspnoe und Stimmstörung; die Diagnose lautete Syphilis, die Tracheotomie half nicht, die Dyspnoe nahm erst ab nachdem man ein langes biegsames Rohr in die Trachea eingeführt hatte; man bemerkte nun, dass die Trachea comprimirt war. Die Kranke unterlag und man fand ein Aortenaneurysma. Die falsche Diagnose wäre vermieden worden, hätte man nur ganz einfach laryngoscopirt! Dr. P. K.

Neue Operation, um die paralytischen Larynxstenosen zu beseitigen. (Nouvelle opération contre les sténoses laryngiennes d'origine paralytique.) Von Dr. Hope. (N.-Y. med. Journal, November 1886, und Annales des maladies du larynx No. 4, 1887.)

Man soll die Thyreotomie so gross als möglich machen und die Stimmbänder mit den umgebenden Geweben mit der Scheere entfernen. Die Vorsicht fordert, dass man vorher die Tracheotomie macht und die Canüle bis zur definitiven Heilung liegen lässt. Dr. P. K.

Prolapsus der Larynxventrikel. (Prolapsus des ventricules du larynx.) Von Dr. Major. (N.-Y. med. Journal, Januar 1887, u. Annales des maladies du larynx et de l'oreille No. 4, 1887.)

Verf. giebt 5 Krankengeschichten, wo die Ventrikel prolabirt waren und die Stimmbänder theilweise bedeckten; sie waren mittelst der Larynxsonde reducirbar. Ursachen unbekannt, Adstringentien halfen wenig.

Dr. P. K.

Verlust des Sensibilitätsvermögens und plötzlicher Tod, im Fall von Reizung der vorderen Halsregion. (Perte de la sensibilité et mort subite dans le cas d'irritation de la partie antérieure du cou.) Von Dr. Brown-Séquard. (Académie des sciences u. société de biologie 1886. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1887.)

Verf. verfolgte seine Studien über die Sensibilität der vorderen Halsregion nicht nur aus physiologischem Interesse, sondern weil der Gegenstand für die gerichtliche Medicin, sowie für die Halsoperationen (Tracheotomie) von Wichtigkeit ist. Nachdem beim Affen und beim Hunde ein

Digitized by Google

senkrechter oder ein querer Hautschnitt gemacht worden war, konnte Verf. die tieferen Theile auf irgend welche Art reizen, ohne dass Schmerz empfunden wurde; dies war besonders beim Affen der Fall. Die Anästhesie wird noch vollständiger, wenn man die Larynxschleimhaut, soweit sie vom Laryngeus superior versorgt wird, stark reizt. Wenn also die Tracheotomie ziemlich schmerzlos ist, so kommt es mehr auf Rechnung des Hautschnittes als auf Rechnung der Asphyxie. Dr. P. K.

Larynxschwindel. (Vertige laryngé.) Von Dr. T. I. Knight. (Weekly med. Review, Juni 1886, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1887.)

Alle Fälle sind durch Hustenanfälle und Schwindel mit Bewusstlosigkeit gekennzeichnet. Verf. erzählt 2 ihm eigene Krankengeschichten und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Krankheit kommt gegen die 40er Jahre, manchmal kommt nur Schwindel, manchmal Schwindel mit Bewusstlosigkeit; Spasmus glottidis ist selten. Allgemeine Convulsionen selten, partielle häufiger; nie Zungenbisse, nie Schaum vor dem Munde, keine unwillkürliche Defäcation. Die Anfälle sind ganz einfach durch Circulationsstörung im Gehirn zu erklären. Dr. P. K.

Zur Physiologie des Nervus recurrens. (Note on the Physiology of the Recurrent Laryngeal Nerves.) Von Frank Donaldson aus Baltimore. (Aus dem physiolog. Institut der Berliner Universität. — N.-Y. Med. Journal, 17. März 1888.)

Verf. hält auf Grund neuerer Versuche gegenüber Franklin H. Hooper (Boston) seine frühere Behauptung aufrecht, dass die Häufigkeit der Unterbrechungen des electrischen Stromes per Secunde bei der Reizung des Nervus recurrens auf die Wirkung, ob Oeffnung oder Verschluss der Glottis, keinen Einfluss habe. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber eine seltene Ursache des Hustens. (Sur une cause rare de toux.) Von Dr. Clarence C. Rice. (Med. Record, Mai 1886, und Annal. des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1887.)

Ein 19jähriges Mädchen litt seit langen Jahren an heftigen Hustenanfällen; als Ursache wurde eine bedeutende Hypertrophie der geschlossenen Follikel der Zungenbasis angenommen, welche die obere Fläche der Epiglottis reizten. Die Heilung trat mit der Zerstörung derselben ein. Dr. P. K.

Ueber Erkrankung der Tracheobronchallymphdrüsen. (Les adénopathies trachéobronchiques.) Von Dr. Grancher. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Januar 1887, und Annales des maladies du larynx et des oreilles No. 6, 1887.)

Rein französischen Ursprunges und zuerst von Gueneau de Mussy beschrieben, ist obengenannte Krankheit eines der häufigsten Leiden, welche dem Laryngoscopiker begegnen. Viele Fälle von sogenanntem Glottisoedem fallen seither weg, und da die laryngoscopische Untersuchung bei Kindern oft schwierig ist, sucht Verf. aus anderen Sympto-

Digitized by Google

men die Krankheit darzulegen: Bei der Palpation spürt die aufgelegte Hand nicht diese in einem Zeitraum ausgeführte gleichmässige Thoraxerweiterung, sondern sie fühlt eine wellenförmige Ausdehnung, welche durch den in mehreren Stössen erfolgenden Ein- und Austritt der Luft hervorgebracht ist; bei der Auscultation hört man oft eine auffällige Verminderung des Respirationsgeräusches; mittelst des Pneumographen bemerkt man, dass die absteigende, der Inspiration entsprechende Linie länger, schiefer und mit einigen Einschnitten versehen ist, währenddem die dem Exspirium entsprechende Curve Anfangs horizontal und dann in mehreren kleinen Wellen verläuft. Dr. P. K.

Ein Fall von Trachealfistel. (Fistula of the Trachea.) (Sitzungsbericht der New-York Clinical Society vom 27. Januar 1888. — N.-Y. Med. Journal, 17. März 1888.)

D. Bryson Delavan stellte einen Phthisiker vor, bei welchem sich in Folge von Abscessbildung und vielleicht allzu kräftigen Sondirens unterhalb des Ringknorpels eine Trachealfistel etablirt hatte. D. hat vor, dieselbe auf operativem Wege zu schliessen. A. Sch. (N.-Y.)

Uebertragung der Tuberculose durch die Exspirationsluft und durch die Atmosphäre. (Transmission de la tuberculose par l'air expiré et l'atmosphère.) Von DDr. Cadéac und Malet. (Revue mensuelle, 10. Juli 1887, und Art médical No. 14, 1887.)

Phthisis pulmonum ist die häufigste Form der Tuberculose beim Menschen; diese Localisation ist meistens der Einathmung mit Tuberkelbacillen geschwängerten Staubes zuzuschreiben. Die Häufigkeit der Lungentuberculose ist dem Umstand zuzuschreiben, dass dies der bequemste Eingang der Bacillen in den Körper ist, viel leichter als durch Ingestion in den Darmcanal oder durch Inoculation in die Haut, wo sie erst durch verschiedene Lymphstationen durchgehen muss. Den sehr genau durchgeführten Experimenten zufolge kommen die Autoren zu folgenden Schlüssen: Durch Ausathmungsluft kann Tuberculose nicht übertragen werden, wohl aber durch die Atmosphäre, in welcher die Bacillen sich befinden. Der Urin, der Speichel, besonders aber der ausgetrocknete Auswurf werden in sehr feinen, die Bacillen enthaltenden und in der Atmosphäre schwebenden Staub verwandelt und von der Luft weitergetragen. Daher die Ansteckung. Ob die Bacillen häufig oder selten in der Luft sind, ist noch nicht entschieden. Auf 12 Untersuchungen wurde 2 Mal festgestellt, dass die Ansteckung in den Spitalzimmern vom Kranken auf den Gesunden stattgefunden hat. Wenn dies nun in einem gut besorgten Spital stattgefunden hat, um wieviel mehr muss solche Ansteckung in überhäuften Stadtvierteln, wo gar keine Sorge für Reinlichkeit und Durchlüftung getragen wird, stattfinden. Auf diese Weise wird Tuberculose nicht nur durch die Luft, sondern auch durch Kleider, Nahrung, Wasser fortgepflanzt. Desinfection und Reinlichkeit sind also die Hauptmittel gegen die Ansteckung, besonders gegenüber kränklichen und schon zum Voraus abgeschwächten Individuen.
Dr. P. K.

Digitized by Google

Verbreitung des Bacillus der Tuberculose durch die Fliegen. (Dissémination du bacille de la tuberculose par les mouches.) Von Dr. Spillmann und Dr. Haushalter. (Académie des sciences de Paris und l'art médical No. 17, 1887.)

In den Spitälern ist es auffallend, wie die Fliegen mit Vorliebe um tuberculöse Kranke und um deren Spucknäpfe fliegen. In einem solchen Spucknapfe gesättigte Fliegen wurden von den Autoren unter eine Glasglocke gebracht; am anderen Tage waren mehrere davon gestorben; ihre Excremente hingen unter der Form von grauen runden Flecken an der Glasoberfläche. In diesen Flecken, im Bauche der gestorbenen Fliegen, in den lebenden Fliegen, in den Excrementflecken lebender Fliegen an Fenstern und Mauern, überall wurde der Tuberkelbacillus nachgewiesen. Gestorbene Fliegen trocknen ein, ihr Körper zerfällt in Staub und die Bacillen bestehen fort. So können Fliegen nebst ihren Excrementen die Träger der Lungentuberculose werden. Die Verff. rathen demgemäss, den Auswurf der tuberculösen Kranken in geschlossenen Spucknäpfen aufzubewahren und nachher durch Siedehitze oder 5procentige Carbolsäurelösung unschädlich zu machen. Dr. P. K.

Oesophagusruptur, Pyopneumothorax. (Rupture de l'oesophage, pyopneumothorax.) Von Dr. Sandberg. (Internationales Centralblatt für Laryngologie 1886 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1887.)

Ein 58jähriger Mann hatte eine Fischgräte verschluckt; am anderen Tage kam an der linken Halsseite subcutanes Emphysem, Dyspnoe, Cyanose; das Emphysem verbreitete sich über die linke Kopfseite. Tod nach 3 Tagen. Links war Eiter im Pleurasack. 5 Ctm. über der Cardia zeigte die Speiseröhre eine 3—4 Mmtr. lange und 2 Mmtr. breite Oeffnung, in welcher eine Fischgräte stach. Dr. P. K.

Ereigniss bei der Magenpumpe. Einführen der Sonde in die Luftwege. (Accident de pompage stomacal. Introduction du tube dans les voies aériennes.) Von Dr. Couetoux. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1887.)

Ein 23jähriges Mädchen sollte den Magen ausgepumpt bekommen; das Rohr wurde mit einigen Hindernissen eingeführt, Verf. vernachlässigte das äussere Ende des Schlauches auf etwaigen Luftaustritt zu beobachten. Als kein Mageninhalt nachher herausfloss, blies Verf. stark in die Sonde hinein, denkend, es sei ein mechanisches Hinderniss am Magenende der Sonde. Patientin wurde nun cyanotisch und fiel auf dem Stuhl zusammen. Die Sonde war in die Trachea eingeführt worden und Verf. hatte Luft in die Luftwege geblasen. Schnelle Entfernung der Sonde und Wiederbeleben der Patientin. Verf. räth, nach Einführen der Magensonde den Patienten immer einige Worte sprechen zu lassen und im Zweifel immer etwas Luft in das Rohr hineinzupressen, statt mit Flüssigkeiten ansaugen zu wollen. Hier wäre letzteres tödtlich gewesen. Dr. P. K.

Digitized by Google

III. Inserate.

BATTERIE F. GALVANOK.
und Beleuchtung. 4 Elem., m. Schalt. f. Quantität und Spannung, transportabel, i. Kasten, m. Heb- und Senkvorrichtung f. El.-Gefässe. Gewicht 9 Ko. Preis M. 60.—.
REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.
Universitäts-Mechaniker.
Haupt-Katalog 80 Seit. 300 Abbildung.

Galvanocaustische und Electrolytische
Apparate und Instrumente
nach Angaben des Herrn **Professor Voltolini** empfiehlt
Ernst Pischel's Nachfolger Hermann Brade
Breslau, Hummerei No. 31.

Inhalt.

I. Originalien: Keller: Neuritis optica bei Mittelohrerkrankung. — Brockmann: Die Gottstein'sche Röhrenzange. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Schwalbe: Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane. (Schluss.) — Schmiegelow: Einige seltenere Fälle von Erkrankungen des Mittelohrs, die mit endocraniellen Leiden complicirt waren. — Gellé: Ueber den Zusammenhang zwischen Taubheit und Albuminurie. — b) Pharyngo-laryngologische: Barth: Parenchymatöse Tuberculose der Zunge. — Verneuil: Ueber eingebildete Zungengeschwüre. — Oltenzewsky: Stimmritzenkrampf, durch Reflex hervorgebracht. — de Gassicourt: Ein Fall von allgemeinem Emphysem nach einer Laryngitis stridulosa. — Corbin: Quecksilberräucherungen bei diphtheritischem Croup. — Holt: Ueber die Nichtidentität der croupösen Amygdalitis und der Diphtheritis. — O'Dwyer: Bericht über die Anwendung der Intubation bei fünf Fällen von chronischer Kehlkopfstenose. — Pinkham: Bericht über zehn Fälle von diphtheritischer Kehlkopfstenose, welche mittelst der O'Dwyer'schen Intubation behandelt wurden. — Charazac: Ueber Oedema glottidis. — White: Ueber die trophische Rolle des Recurrens auf die Schilddrüse. — Fort: Cyste der Schilddrüse, Exstirpation, Heilung. — Kleister: Dyspnoetische Anfälle in Folge eines Halslipoms, Asthma simulirend. Operation, Heilung. — Fabre: Beitrag zur Lehre von den Lufttumoren der vorderen Halsseite. — Hervouet: Ein Fall von Morbus Basedowii mit Section. — Hervouet: Morbus Basedowii mit Section; Verletzung des rechten Recurrens; submucöser Abscess und Necrose des Larynx. — Reverdin: Hydatidencyste der Regio thyroidea. — Guzman: Ueber angeborene Halsfisteln. — Dupré: Seröse Halscyste, Punction mit Jodeinspritzung, Heilung. — Sloan: Ist der Kropf erblich? — de Burine: Ueber den von der Schwangerschaft und der Niederkunft abhängigen Kropf. — Tripier: Ueber Kropf-Exstirpation. — Reverdin: Bemerkungen über die intraglanduläre Ausschälung des Kropfes. — Terrillon: Retrosternaler Kropf mit Erstickungserscheinungen. Plötzlich auftretende Erstickungsgefahr. Tracheotomie. — Heydenreich: Die intraglanduläre Enucleation des Kropfes. — Cohen: Modificirte Laryngectomie. — Voyer: Anfall von Larynxdyspnoe; Aortenaneurysma bei der Section erst nachgewiesen. — Hope: Neue Operation, um die paralytischen Larynxstenosen zu beseitigen. — Major: Prolapsus der Larynxventrikel. Brown-Séquard: Verlust des Sensibilitätsvermögens und plötzlicher Tod, im Fall von Reizung der vorderen Halsregion. — Knight: Larynxschwindel. — Donaldson: Zur Physiologie des Nervus recurrens. — Rice: Ueber eine seltene Ursache des Hustens. — Grancher: Ueber Erkrankung der Tracheobronchiallymphdrüsen. — Delavan: Ein Fall von Trachealfistel. — Cadéac und Malet: Uebertragung der Tuberculose durch die Exspirationsluft und durch die Atmosphäre. — Spillmann und Haushalter: Verbreitung des Bacillus der Tuberculose durch die Fliegen. — Sandberg: Oesophagusruptur, Pyopneumothorax. — Couetoux: Ereigniss bei der Magenpumpe. Einführen der Sonde in die Luftwege. — III. Inserate.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXII. **Berlin, Juli 1888.** **No. 7.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Ein Fall von primärer croupöser Entzündung des äusseren Gehörganges und des Trommelfelles.

Mitgetheilt

von Dr. **L. Guranowski**, Ohrenarzt in Warschau.

Primäre Otitis externa crouposa gehört, wie bekannt, zu den seltenen Erkrankungen des Ohres. Bezold*) war der Erste, welcher auf diesen Krankheitsprocess aufmerksam machte und die mit wiederholter Ausscheidung von geronnenen Faserstoffmembranen complicirte Entzündung des knöchernen Gehörganges und des Trommelfelles als croupös bezeichnet hat. Gestützt auf 3 Krankheitsfälle, gab Bezold eine detaillirte Beschreibung des Processes und der Resultate der microscopischen Untersuchung der Croupmembranen.

In einem Zeitraum von 3 Jahren hat Bezold 11 Fälle von croupöser Entzündung des äusseren Gehörganges und des Trommelfelles beobachtet.

*) Fibrinöses Exsudat auf dem Trommelfell und im Gehörgang. Virchow's Archiv, Band LXX., 1877.

Digitized by Google

Steinhoff*) hat 35 Fälle, welche aus der Praxis von Bezold stammen, zusammengestellt und in seiner Dissertation publicirt. Aus den statistischen Angaben, welche wir in der Publication von Steinhoff finden, ersehen wir, dass Bezold unter 5605 Ohrenkranken 24 Fälle von Otitis externa crouposa beobachtet hat.

In den Handbüchern der Ohrenheilkunde finden wir meist nur die Angaben von Bezold wiedergegeben. —

Mitte Mai d. J. hatte ich Gelegenheit, einen Fall von croupöser Entzündung des äusseren Gehörganges und des Trommelfelles zu beobachten und glaube ich, dass die Mittheilung des Falles nicht ohne Interesse sein wird. — Die Krankengeschichte des Falles ist folgende:

Am 11. Mai consultirte mich in meinem Privatambulatorium Herr Goldberg, Kaufmann aus Warschau, wegen Schmerzen im linken Ohre. Patient ist 32 Jahre alt; er giebt an, seit 3 Tagen an starken Schmerzen im linken Ohre zu leiden. Aus der Anamnese habe ich erfahren, dass Patient vor 3 Jahren auf dem linken Ohre eine Entzündung, welche mit Otorrhoe complicirt war, durchgemacht hat. Die Otorrhoe soll noch in der letzten Zeit bestanden haben, und das Gehör herabgesetzt geblieben sein. Vor 12 Jahren will Patient auch eine Otorrhoe des rechten Ohres gehabt haben, dieselbe sei vor 5 Jahren geheilt, auf diesem Ohre aber absolute Taubheit eingetreten. Das linke Ohr wurde zu verschiedenen Zeiten, aber ohne Erfolg behandelt, in der letzten Zeit hat Patient die Behandlung aufgegeben.

Bei der Untersuchung des linken Ohres fand ich die ganze Ohrmuschel geröthet, geschwellt und von erhöhter Temperatur. Die Gegend des Tragus und der hinteren unteren Anheftungsstelle der Ohrmuschel bei der leisesten Berührung schmerzhaft. Beim Versuch, die Muschel nach hinten und oben abzuziehen, wird der Schmerz sehr stark empfunden. Der Meatus auditorius ext. ebenfalls geschwollen, fast schlitzförmig verengt, die Wände desselben berühren sich gegenseitig. Auf der hinteren Wand des Gehörganges, nahe an der Oeffnung des Gehörganges, sieht man gelbgrünliche, eingedicktem Eiter ähnliche Massen. Die Untersuchung mittelst Speculum erscheint wegen der grossen Schmerzhaftigkeit und der bedeutenden Verengerung unmöglich.

Die Untersuchung des Gehörs ergiebt: Uhr in contiguo auriculae; laute Sprache wird in der Nähe des Ohres, grosse Stimmgabel C durch Kopfknochenleitung auf dem linken Ohre gehört.

Die Untersuchung des rechten Ohres ergab eine unbedeutende Verdickung der Cutis und eine Verengerung des knöchernen Gehörganges, Destruction des Trommelfelles, Exfoliation des Hammers und Amboses und eine narbige Verdickung der Trommelhöhlenschleimhaut. Weder Uhr noch laute Sprache wird auf diesem Ohre gehört. Stimmgabel C hört Patient sehr schwach vom Processus mastoideus.

Die Untersuchung der Nase und des Pharynx ergab nichts Abnormes.

Der Allgemeinzustand zeigte keine Störung, auch ist kein Fieber vorhanden.

Ich machte den Versuch, die mir als eingedickter Eiter imponirenden

*) Beobachtungen über Otitis externa crouposa. Inaugural-Dissertation. München 1886.

Digitized by Google

Massen auszuspritzen, dies gelang mir aber nicht. Dieselben wurden mit der Pincette gefasst und mit der grössten Leichtigkeit nach aussen befördert. Es war eine ungefähr 1 Ctm. lange und 2 — 3 Mm. breite, halbdurchsichtige, gelbe Masse. Da ich bis zu dieser Zeit einen solchen Fall nicht gesehen habe, so wusste ich im Augenblick nicht, womit ich es zu thun hatte. Die nähere Betrachtung des herausgeholten Stückchens machte mir bald die Natur desselben unzweifelhaft. Die Beschaffenheit desselben war folgende:

Wie schon oben bemerkt, war die Masse halbdurchsichtig, gelblich, von gallertartiger Consistenz und zeigte an einer ihrer Flächen längs ihrer ganzen Länge einen schmalen blutigen Streifen. In ein Schälchen mit Wasser geworfen, veränderte die Masse ihre Gestalt nicht, dabei war sie recht resistent; in absoluten Alcohol gebracht, war dieselbe geronnenem Faserstoff ähnlich. Ich hatte es also mit einer fibrinösen Ausscheidung im äusseren Gehörgang zu thun und die herausgeholte Masse war ein Abguss des äusseren Gehörganges.

Nach der Entfernung dieser Membran gelang es mir, wenn auch mit Mühe, einen kleinen Ohrentrichter in den Meatus zu bringen und den Gehörgang, wie auch theilweise das Trommelfell zu untersuchen. Es fiel zuerst eine sehr lebhafte Pulsation in der Tiefe auf, wobei sich noch ein Stück Membran zu bewegen schien. Diese wurde mit der Pincette gefasst und herausgenommen. Sie zeigte eine ähnliche Beschaffenheit, wie die oben beschriebene, nur war dieselbe flach und breit und zeigte an einer ihrer Flächen kleine Blutpunkte. Der äussere Gehörgang war geschwellt und in den tieferen Abschnitten, näher dem Trommelfell, stark geröthet. Die Hyperämie beginnt aber erst dicht an der Grenze zwischen dem knorpeligen und knöchernen Gehörgang. Der knöcherne Gehörgang stark hyperämisch, stellenweise excoriirt, hier und da Blutpunkte. Die Schwellung und Hyperämie war am stärksten an der vorderen und unteren Fläche des knöchernen Gehörgangs ausgesprochen, so dass es den Eindruck machte, als hätten wir es hier mit einem kleinen Furunkel zu thun.

Das Trommelfell, so weit es möglich war, dasselbe bei der beträchtlichen Schwellung zu übersehen, zeigte im unteren hinteren Quadranten eine Perforation, und der Rest des Trommelfelles erschien mit einer grünlichgelben Membran bedeckt. Die Ränder der Perforation waren stark gewulstet und in der Tiefe sah man einen pulsirenden Lichtreflex und eine unbedeutende Eiterung aus der Paukenhöhle.

Es wurde die Diagnose auf: „Otitis externa crouposa mit croupösen Membranen auf der äusseren Fläche des Trommelfelles“ gestellt. Ausserdem war eine Otitis media suppurativa chronica des linken Ohres vorhanden. Auf dem rechten Ohre hatten nur Restchen einer abgelaufenen chronischen, eitrigen Entzündung Platz gegriffen.

Es wurden dem Patienten Ausspritzungen des Ohres mit Borsäurelösung und nachträgliches Einlegen von langen, dünnen Wattetampons, welche mit Carbolglycerin getränkt wurden (1 : 10), verordnet. Ausserdem wurde täglich die Luftdouche applicirt.

Im Verlauf von 10 Tagen trat 2 Mal eine Ausscheidung von Croupmembranen auf und zwar am 15. und 19. Mai. Die jedesmalige Bildung derselben war mit erneuerten Schmerzen verbunden, welche aber sofort

Digitized by Google

nach der Entfernung der Membranen zum Schwinden gebracht wurden. Das macroscopische Aussehen der Membranen war ein ähnliches wie der am 11. Mai entfernten, nur enthielten dieselben keine Blutpunkte und waren leichter zu entfernen, sie konnten nämlich leicht ausgespritzt werden. Die Schwellung und Hyperämie des knöchernen Gehörgangs ging allmählig zurück, es trat eine deutliche Abschuppung der Epidermis auf, und nach 5 Tagen der Behandlung wurde es möglich, die tiefer gelegenen Parthieen, wie das Trommelfell und die Paukenhöhle, genau zu untersuchen. Das Trommelfell zeigte sich in seiner ganzen unteren Hälfte perforirt, die Gestalt der Perforation war nierenförmig und ihre Ränder verdickt und gewulstet. Der Rest des Trommelfells von undeutlichen Contouren und bedeckt mit einem grünlich gelben Belag, welcher schwer von seiner Unterlage zu entfernen war. In der Trommelhöhle unbedeutende Eiterung, die Schleimhaut derselben aufgelockert und hyperämisch.

In der Paukenhöhle konnten keine Croupmembranen constatirt werden. Es wurde von diesem Tage an (16. Mai), nachdem die Paukenhöhle mittelst Luftdouche durchgeblasen und das Ohr gründlich gereinigt wurde, täglich 1 Mal pulverisirte Borsäure in die Trommelhöhle insufflirt. Nach Verlauf von 10 Tagen war der äussere Gehörgang fast zur Norm zurückgekehrt. Das Trommelfell zeigte keine Auflagerungen mehr und der Hammer wurde etwas sichtbar. Es blieb eine persistente Perforation des Trommelfelles mit unbedeutender Otorrhoe zurück.

Da sich während der 2 folgenden Wochen keine neuen Croupmembranen mehr gebildet hatten, so glaube ich berechtigt zu sein, den Process im äusseren Gehörgang und auf der äusseren Fläche des Trommelfelles für beendet zu betrachten.

Die chronische eitrige Entzündung des Mittelohres erfordert, wie bekannt, einer längeren Behandlung.

Das Gehör hat sich auf dem linken Ohr bedeutend gebessert (laute Sprache auf einen Meter Entfernung).

Die microscopische Untersuchung der Croupmembranen zeigte auf frischen Präparaten feine Fibrinfasern, welche in Netzen gelagert waren, und eine grosse Menge von kleinen, den lymphoiden „ähnlichen" Zellen. Ausserdem sieht man eine Menge von Micrococcen und eine geringe Zahl in Gruppen gelagerter Bacillen. Die Fibrinfasern werden nach Zusatz von Essigsäure auf dem Präparat unsichtbar. Auf mit Methylenblau gefärbten Präparaten treten die Fibrinfasern noch deutlicher hervor, sie sind sehr zart, dünn und in Netzen gelagert. Auf den mit Methylenblau und Gentianaviolett gefärbten Präparaten sieht man in Haufen gelagerte Micrococcen und wenige Bacillen. Diese letzteren sind dünn, schmächtig und kleiner als mittelgrosse Tuberkelbacillen. Die Micrococcen färben sich schwer, die Bacillen noch schwieriger. Hier und da sieht man auf den Präparaten Gruppen von Bacillen. Die Gruppen von Coccen sind in Ketten von 4—7 Individuen angeordnet, die Richtung der Ketten ist eine mehr geradlinige, einige sind auch in Bogen angeordnet. Solche Bögen und eine solche Zahl von Individuen, wie wir sie bei Streptococcusketten finden, sind aber nicht zu sehen. Die Untersuchung der am 15. und 19. Mai herausgeholten Croupmembranen ergab ein analoges Resultat. An einer Stelle der am 19. Mai entfernten Croupmembran

Digitized by Google

sassen harte, schwarze, trockene Massen. Dieselben erwiesen sich bei der microscopischen Untersuchung als verhornte, mit braunem Cerumen erfüllte Epidermiszellen.

Am 19. Mai habe ich ein Stückchen von der an diesem Tage entfernten Membran auf Agar-Agar geimpft. Schon am folgenden Tage fingen die auf Agar-Agar geimpften Massen an sich zu entwickeln. Einige Reagensgläser wurden im Thermostat, die anderen in gewöhnlicher Zimmertemperatur gehalten. Am 3. Tage trat auf Agar-Agar (im Thermostat) eine grüne Verfärbung des Agar auf und der Parasit entwickelte sich als reichlicher, weisslichgrauer Belag mit ausgezackten Rändern. Von der Agar-Agar-Cultur wurden Stichculturen auf Gelatine gemacht. Schon am folgenden Tage trat auf der Gelatinecultur eine trichterförmige Vertiefung der oberen Gelatineschicht, am dritten Tage eine deutliche Verflüssigung der oberen Gelatineschichten und eine grüne Verfärbung der verflüssigten Parthieen auf. Die Verflüssigung der Gelatine findet längs des Einstiches statt und verbreitet sich allmählig bis zur unteren Grenze des Einstiches, wobei die ganze verflüssigte Parthie eine grüne Farbe annimmt. Der Parasit sammelt sich zuerst an der unteren Grenze der Parthie in einer ziemlich dicken Schicht (von weisslich-rosa Farbe) und sinkt nach weiterer Verflüssigung derselben auf den Boden des Reagensglases. Dies tritt ungefähr nach Verlauf einer Woche ein und dann ist die ganze Gelatineschicht verflüssigt und grün gefärbt. Auf der oberen Fläche der verflüssigten Gelatine bildet sich ein dünnes Häutchen, welches grün verfärbt erscheint.

Die von der Gelatine auf Agar-Agar geimpften Culturen ergaben eine ähnliche, ja vielleicht noch stärkere grüne Farbe des Agar-Agar. Auf Bouillon gezüchtete Culturen (Thermostat) färben die oberen Schichten ebenfalls grün. Beim Zusatz von einigen Tropfen Ammoniak zur Gelatinecultur oder zur Cultur auf Bouillon tritt die grüne Farbe noch deutlicher hervor, beim Hinzusetzen von einigen Tropfen Säure verliert die Gelatine ihre grüne Farbe.

Die microscopische Untersuchung der Culturen ergab constant einen und denselben Befund: Kurze, ziemlich dicke Bacillen, deren Länge das Dreifache ihrer Dicke ausmacht. Mit Methylenblau färben sich die Bacillen in der Mitte viel schwächer, als an ihren beiden Enden, manchmal sind sie in der Mitte gar nicht gefärbt und machen den Eindruck, als hätten wir es mit 2 Coccen, welche mit einer ungefärbten Zwischensubstanz verbunden wären, zu thun. Gentianaviolett und wässerige Fuchsinlösungen färben die Bacillen vollständig und bedeutend stärker.

Auf Gelatineplatten gezüchtete Culturen entwickelten sich mit einer deutlichen Grünfärbung und jede einzelne kleine Colonie zeigte eine Vertiefung in ihrem Centrum. Die microscopische Untersuchung der Plattenculturen zeigte, dass wir es mit denselben Bacillen zu thun haben und dass sie ein gleiches Verhalten gegen die oben genannten Färbungsmittel zeigen. Die von den Platten auf Gelatine geimpften Culturen ergaben in allen Eprouvetten ein constantes Resultat. Schon am dritten Tage war die Gelatine in ihren oberen Schichten mit einer trichterförmigen Vertiefung verflüssigt und deutlich grün gefärbt.

Es wurde also durch die bacteriologische Untersuchung festgestellt, dass wir es in unserem Falle mit dem Bacillus des grünen Eiters

Digitized by Google

(Bacillus pyocyaneus) zu thun hatten. — Die croupöse Natur der ausgeschiedenen Membranen wurde von Herrn Professor Brodowski bestätigt.

Die bacteriologischen Culturen wurden in dem bacteriologischen Institute des hiesigen jüdischen Hospitals ausgeführt und von dem Vorsteher des Instituts, Herrn Dr. Elsenberg und dessen Assistenten, Herrn Dr. Lubliner, controlirt und bestätigt.

Zum Schluss möchte ich noch eines eigenthümlichen Befundes, welcher an der Agar-Agar-Cultur auftrat, erwähnen. Nach Verlauf von ungefähr 6 Wochen bildeten sich an gewissen Stellen, sowohl am Rande wie in der Tiefe des Agar-Agar grüne Punkte und kleine Herde von Mohnkorn- bis Stecknadelkopfgrösse. Die grüne Farbe war eine schön grasgrüne. Die ganze Masse des Agar-Agar nahm mittlerweile eine gelbbraune Farbe an. Die microscopische Untersuchung dieser grünen Herde ergab nadelförmige Crystalle eines grünen Farbstoffes. Die Crystalle lagen im microscopischen Sehfelde entweder einzeln oder als in Haufen gelagerte Nadeln, welche letztere eine noch tiefere grüne Farbe zeigten. Die weiter vorgenommenen Culturen ergaben sowohl auf Agar-Agar wie auf Gelatine denselben Befund, es entwickelten sich Colonien von Bacillen des grünen Eiters.

Die characteristische Localisation des krankhaften Processes (knöcherner Gehörgang und äussere Fläche des Trommelfelles), die wiederholte Ausscheidung von geronnenem Faserstoff, das macroscopische Aussehen, sowie die microscopische Untersuchung der ausgeschiedenen Membranen lässt keinen Zweifel über die croupöse Natur des Processes aufkommen.

Wie soll aber der Befund von Bacillus pyocyaneus in unserem Falle gedeutet werden? Kann derselbe für pathogen gehalten werden?

Der Befund in einem Krankheitsfalle erlaubt uns nicht, die Frage zu beantworten und ich beabsichtige deshalb, Impfversuche an Thieren anzustellen. Dass aber dem Bacillus pyocyaneus bei der Entstehung von Otitis externa eine gewisse Rolle zugeschrieben werden muss, scheint sehr wahrscheinlich zu sein. — In demselben Sinne hat sich auch Gruber*) ausgesprochen.

Zwei Fälle von Rhinoscleroma.

Von

Dr. **Koehler**, Posen.

Das seltene Vorkommen von Rhinoscleroma im Allgemeinen und speciell der Umstand, dass in meiner Heimath diese Krankheit noch nicht beobachtet zu sein scheint, veranlasst mich, über folgende 2 Fälle dieses Leidens kurz zu berichten. Die von Jakowski und Matlakowski zusammengestellte Statistik (Gazeta lekarska No. 45—53, 1887, Warschau) erweist, dass die slavischen Länder Oesterreichs die meisten Fälle ergaben, dann Italien und Russland. Ein geborener, mit dieser Krankheit behafteter Franzose oder Engländer ist bis jetzt nicht gesehen

*) Ueber das Vorkommen grünen Eiters im Ohre. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 6 und 7, 1887.

Digitized by Google

worden und die dort publicirten Fälle betreffen 2 Amerikaner und einen Spanier. In Mittel-Amerika scheint die Krankheit öfter vorzukommen, dagegen ist aus den Vereinigten Staaten kein Fall bekannt. Auf der Ukraine soll Rhinoscleroma sehr verbreitet sein. Die oben schon erwähnte neueste Arbeit von Jakowski und Matlakowski, deren Referat wir leider noch im Deutschen vermissen, ist so ausführlich und das Thema erschöpfend, dass ich hier auf die Erörterung der Krankheit selbst nicht eingehe, sondern nur auf die Angabe meiner beiden Fälle mich beschränke, um dann noch einige epicritische Bemerkungen hinzuzufügen.

Ignatz Diktor aus Posen, ein kräftig gebauter und sonst gesunder, 58jähriger Mann, stellte sich bei mir zum ersten Male im December 1885 vor. Er stammt von gesunden Eltern, an Syphilis hat er nie gelitten. Er hat mehrere erwachsene, gesunde Kinder; die ganze Familie, auch die Grosseltern haben nie ein schwereres Nasenleiden gehabt. Die Veränderungen an der Nase, die uns hier interessiren sollen, bemerkte er schon vor 25 Jahren, demnach bestehen sie schon seit über 27 Jahren. Anfangs sollen sich auf der Haut der Nase kleine Geschwüre entwickelt haben, aus denen Eiter herausgepresst werden konnte. Die Nase nahm dabei unter der Erscheinung von Knotenbildung an Umfang zu. Vor etwa 5 Jahren machte er sich selbst einen Einschnitt in die erkrankte Nasenhaut in der Voraussetzung, dass es ihm gelingen würde, Eiter zu entleeren. Der Eiter kam nicht zum Vorschein, dagegen schritt die Verdickung und Vergrösserung der Nase von dieser Zeit ab sehr rapide vorwärts. Im Rachen, Kehlkopf hat er nie Beschwerden gehabt, er schnupft seit vielen Jahren, doch hat er erst nach Beginn der Krankheit zu schnupfen begonnen. Während der letzten 2 Jahre ist nur insofern eine Veränderung eingetreten, als der Umfang der Nase etwas grösser wurde. Ich nahm das Maass vom Uebergange des Nasenflügels auf die Wange bis zur entsprechenden Stelle der anderen Seite. Es erwies sich nach über zwei Jahren ein Plus von 3 Ctm. Die Entfernung nämlich betrug bei der ersten Untersuchung 12 Ctm., heute beträgt sie dagegen 15 Ctm. Die erkrankte Nasenhaut ist weiss-grau, glatt, und befinden sich auf ihr keine Pusteln, man sieht aber zahlreich die vergrösserten Drüsenausführungsgänge. Die graue Verfärbung reicht bis zur Gegend der Nasenbeine, wo die normale Haut beginnt. Bei der ersten Untersuchung konnte man in den erkrankten Hautparthieen mehr Tumoren unterscheiden, die

Digitized by Google

jetzt zu dreien zusammengeflossen sind. In der Mitte findet sich der grösste, zu den Seiten, auf den Nasenflügeln, je ein kleinerer. Die Tumoren fühlen sich hart an, nur der rechte Theil des mittleren ist weich, hier macht der Kranke öfter Einschnitte und lässt Eiter heraus, wobei die Blutung ziemlich stark ist. Zwischen den einzelnen hervorragenden Knoten und zwischen denselben und der Wangenhaut befinden sich ulceröse, mit eitrigem Belag versehene Eingriffe. Die Schwellungen gehen auch auf die Ränder der Naseneingänge über und dringen in das Innere bis auf 1/2 Ctm. hinein. Der linke Naseneingang ist frei, der rechte hat seine ovale Gestalt eingebüsst und ähnelt mehr einem Vierecke, dessen Lumen 4 Mm. weit ist. Das Innere der Nase ist beiderseits durchgängig und frei. Die Muscheln sind nicht vergrössert. Der Nasenraum bietet nichts Abnormes dar. Auf den der Nase angrenzenden Theilen der Wangen beiderseits, wie auch auf der Oberlippe und dem mittleren Theile der Unterlippe sieht man verschieden gestaltete Vertiefungen, wie sie nach Pocken beobachtet werden, die Hautfarbe in diesen Theilen ist dunkelroth. Im Munde, Rachen, Kehlkopf und Nasenrachenraum ist kein pathologischer Process nachweisbar.

Der Kranke, dem dieser Zustand keine weiteren Beschwerden macht und an den er sich schon gewöhnt hat, liess bis jetzt keine eingehendere und radicalere Operation vornehmen, er rieb Carbolsalbe ein, machte Umschläge von Creosotwasser und Sublimat ohne Erfolg.

Die beigefügte, nach einer Photographie hergestellte Abbildung zeigt genau die an der Nase stattgefundenen Veränderungen an.

Der zweite Fall, der wegen der eingetretenen Heilung noch mehr als der erste ein Interesse verdient, betrifft einen 30 Jahre alten Kaufmann jüdischer Religion A. F. aus T. — Der Kranke klagte am 4. Februar 1886, dass sich seit 3 Monaten etwas in seiner Nase bildet. Er gab weiter an, dass er vor Jahren an Gonorrhoe und einem „kleinen Schanker" gelitten habe. Die gegen das Nasenleiden bis jetzt angewandten Mittel hätten nichts geholfen. Die harten Auswüchse sollen sich zwar langsam, doch immer vergrössert haben. Objectiv fand ich am Eingange der rechten Nasenhöhle unter dem Rande des Nasenflügels einen länglichen Knoten, 4 Mm. hoch, über ihm, am oberen Rande des Nasenflügels, einen zweiten, der höher war und den Eingang abschloss. Am unteren Rande zeigte sich ein dritter, viel kleinerer, etwa hanfkorngrosser Knoten. Links erhob sich am Naseneingange unter dem Nasenflügel ein Knoten von 1 Ctm. Länge, 3 Mm. Höhe, der mit einem kleineren, tiefer liegenden in Zusammenhang stand. Alle Knoten sassen sowohl auf der äusseren Haut wie auf der Schleimhaut, und betrug ihre Basis im Durchschnitt etwa 4 Mm. Die Haut selbst war aschgrau, bei Druck nicht schmerzhaft, nirgend ulcerirt. Die Athmung durch die Nase war sehr beschränkt. Im Rachen, Nasenrachenraum und im Kehlkopf liess sich nichts Abnormes nachweisen.

Da der Kranke an Syphilis erkrankt war und die Knoten mit Gummata sehr viel Aehnlichkeit hatten, so konnte die Diagnose nicht sofort sicher gestellt werden. Deswegen wurde dem Kranken vorerst Jodkali verordnet und empfohlen, sich nach 8 Tagen wieder vorzustellen. Er erschien erst nach 1 1/2 Monaten, nachdem er die ganze Zeit das ihm verschriebene Medicament ohne jeden Erfolg eingenommen hatte. Hier-

Digitized by Google

nach konnte auch die Syphilis ausgeschlossen werden, die Diagnose des Rhinoscleroms wurde wahrscheinlicher. Therapeutisch wurden in neun Sitzungen mit 8tägigen Intervallen die Knoten mit galvanocaustischem Flachbrenner vollständig zerstört. Trotzdem keine locale oder allgemeine Anaesthesie erzeugt wurde, äussert der Kranke bei der Application des Galvanocauters keinen Schmerz. Letzterer stellte sich erst dann ein, wenn die Cauterisation im Gesunden stattfand. Die von Seiten des Pat. geäusserte Schmerzempfindung war für mich die Richtschnur des therapeutischen Eingriffs, indem sie anzeigte, dass die Glühhitze die gesunden Gewebe traf. A. F. kam dann noch 2 Mal, man sah nicht die Spur von den Knoten mehr und, nachdem jetzt schon über 2 Jahre verflossen sind, ist ein Recidiv nicht eingetreten.

Zu den epicritischen Bemerkungen übergehend, muss ich vor Allem hervorheben, dass bei beiden Kranken die Affection nur die Nase betraf und dass keine Veränderungen in den übrigen oberen Athmungsorganen nachzuweisen waren; Pellizari gegenüber kann ich die Versicherung geben, dass ich dabei nichts übersah. Beide Kranke fühlten sich sonst gesund und bei beiden bestanden am Halse keine vergrösserten Drüsen.

Man hat bis jetzt an Rhinosclerom erkrankte Leute 20 Jahre hindurch beobachtet, Diktor unterliegt dieser Krankheit jetzt schon über 27 Jahre und man kann vermuthen, dass er noch ziemlich lange am Leben bleiben wird. Diktor ist weiter der älteste unter den bis jetzt beobachteten und publicirten Fällen.

Als ätiologisches Moment liess sich in meinen Fällen kein Trauma nachweisen. Von Diktor erfuhr ich, dass sich auf seiner Nase Anfangs kleine Geschwürchen bildeten; sie waren auch wohl die Pforten für das Eindringen der Bacterien, die diesen Entzündungsprocess hervorriefen. Nach der langen Dauer ist, wie auch schon von anderen Fällen bekannt, beim ersten Fall auch schon ein theilweiser Zerfall des mittleren Knotens aufgetreten, aus dem nach gemachtem Einschnitt Eiter hervorquillt.

Der zweite, den A. F. betreffende Fall dient als Beweis, dass das Rhinosclerom, frühzeitig behandelt, heilbar ist. In Anbetracht auch des gegenwärtigen Standes der Lehre vom Rhinosclerom, in Anbetracht dessen, dass wir heute wissen, dass es durch Microben hervorgerufen wird, wie es wiederum von Jakowski und Matlakowski erwiesen ist, die auch gleichzeitig gezeigt haben, dass die Bacterien des Rhinoscleroms nicht, wie man es von anderer Seite behauptete, identisch mit den Friedländer'schen der Pneumonie sind, warum sollte ein Vernichten der afficirten, zumal so zugänglichen Stellen nicht gelingen? Durch die Vernichtung auch der Bacterien können wir einem Recidiv vorbeugen, es müsste höchstens der Kranke einer frischen Aufnahme ausgesetzt sein. Zwei Jahre sind verflossen, bei F. ist kein Recidiv eingetreten, und dies lässt auch die Vermuthung aussprechen, dass es nicht stattfinden wird. Die Anwendung der Galvanocaustik, durch die ich den besten Erfolg erzielt habe, möchte ich dringend empfehlen. Grössere Theile lassen sich leicht mit der Schlinge abtragen, kleinere mit dem Flachbrenner vernichten, wobei entweder keine oder wenig entstellende Narben hinterbleiben.

Digitized by Google

Ein neuer Gaumenhakenhalter.

Von

Dr. **Weil**, Stuttgart.

Es ist Voltolini's grosses Verdienst, den Gaumenhaken wieder in die Medicin eingeführt und überhaupt seine richtige Anwendung gelehrt zu haben: Manche Diagnose, mancher Eingriff im Nasenrachenraum kann bekanntlich ohne das Instrument nicht gemacht werden.

So sehr ich nun mit dem angegebenen Gaumenhaken zufrieden bin, so wenig gefielen mir die angegebenen Hakenhalter, die man doch so häufig nöthig hat.

Ich liess bisher entweder vom Patienten selbst oder durch einen Assistenten den Haken halten oder benützte ich den von B. Fränkel modificirten Whitehead'schen Apparat, aber meistens ohne recht befriedigt zu sein. Hält der Patient oder ein Assistent den Haken, so passirt es nicht selten, dass gerade im richtigen Moment das Instrument nicht mehr gehörig wirkt.

Wollte ich den Fränkel'schen Apparat benützen, so hielt er häufig überhaupt nicht oder behagte dem Patienten wenig, und wehrte sich dieser gegen das Anlegen. Lag das Instrument aber endlich richtig, so störte meistens die starke Salivation, die dabei auftritt.

Daher kam es, dass ich den Gaumenhaken bei rhinoscopischen Eingriffen, wo er gerade so ungemeinen Werth hat, wenig mehr gebrauchte. Vor einiger Zeit habe ich mir nun ein Instrument verfertigen lassen, das sich mir vollständig bewährte und das wohl allen billigen Ansprüchen entspricht.

Ich befestige jetzt den Haken an eine kleine horizontale Metallplatte, die von einer grösseren senkrechten Platte abgeht, welche letztere auf der Oberlippe aufliegt. Diese Lippenplatte wird nach hinten durch Riemen, welche über die Ohren gehen, befestigt. Von diesen Riemen gehen zum festeren Halten zwei andere Riemen ab, die über den Kopf geschnallt werden. Die kleine horizontale Platte trägt eine Schraube, die es ermöglicht, wie beim Instrument von Fränkel, den Haken fest zu machen.

Ich benütze den Haken von Fränkel, nur ist bei meinem Instrument der Einschnitt gegen den Griff zu verlängert und der Hakentheil solid, nicht durchbrochen; bei durchbrochenem Instrument stört meistens die Uvula zu sehr.

Zu Untersuchungen, wo das Instrument nicht festgestellt wird, gebrauche ich das Voltolini'sche Instrument; zum Fixiren scheint mir das am Hakenende etwas umgebogene Instrument geeigneter.

Die Oberlippenplatte des Instrumentes ist zum Schutz der Lippe an der inneren Seite unterlegt und hier, der Reinlichkeit wegen, auch mit Gummistoff überzogen.

Ich habe das Instrument schon sehr häufig benützt, es auch schon hier und da längere Zeit liegen lassen, ohne dass der Patient dadurch besonders gestört war, und bin immer damit zufrieden gewesen. Das Instrument kostet mit 2 vernickelten Haken 12 Mk., ohne solche 7 Mk., und ist von Bandagist und Instrumentenmacher Carl Schmid hier zu beziehen.

Digitized by Google

Will ich das Instrument benützen, so cocainisire ich zuerst, lege dann die Bandage, an der die Schraube genügend gelockert ist, an, führe — bei heruntergedrückter Zunge — dann den Haken ein und befestige ihn.

Zum Herunterdrücken der Zunge verwende ich, falls diese nicht unruhig ist, gern den Asch'schen Spatel. Bei unruhiger Zunge benütze ich einen Spatel, der dem Türck'schen ähnlich, aber am Zungentheil und Griff durchbrochen ist und aus vernickeltem, festem Draht besteht. Das Instrument wird von München aus verbreitet und ist sehr brauchbar, nur ist beim Münchener Instrument unklarer Weise der Bogen am Stielende, der zur Stütze der Hand nöthig ist, weggelassen worden.

Ich habe bei meinen Instrumenten den Bogen wieder machen lassen und zwar für Patienten, die den Spatel selbst halten, nach aussen, während bei den Spateln, die ich halte, der Bogen nach innen geht.

Diese Zungenhalter sind beim Instrumentenmacher Henger hier zu haben.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Meningitische Erscheinungen, verursacht durch einen Fremdkörper im Ohre eines 4jährigen Kindes. Von Dr. Bourgougnon. (Journal de médecine de Paris No. 24, 1888.)

Verf. wurde zu dem betreffenden Patienten unmittelbar nach einem äusserst heftigen Krampfanfalle gerufen, der etwa 2 Stunden hindurch gewährt hatte. Bereits Tags zuvor hatte das sonst ruhige Kind über heftige Kopfschmerzen und Stechen in der Herzgegend geklagt, während es die ihm gereichte Nahrung wieder erbrochen hatte. Ausserdem war nach Angabe der Eltern Fieber dagewesen. Verf. stellte die Diagnose auf Meningitis und traf die nöthigen Anordnungen, 2 Tage später wurde Verf. am späten Abend noch einmal gerufen, da noch ein zweites Kind der Familie an denselben Erscheinungen erkrankt sei. In der That handelte es sich hier um genau dieselben, oben beschriebenen Symptome: Erbrechen, Kopfschmerz, Fieber, grosser Kräfteverfall. Da nun in dem vorliegenden Falle sehr ungünstige Wohnungsverhältnisse vorlagen — die ganze Familie, 5 Seelen stark, wohnte in einem kleinen und niedrigen Wohnraume, der Nachts noch dazu fast hermetisch geschlossen war —, so dachte Verf. an einen zweiten Fall von Meningitis, zumal, da er vor einigen Jahren eine ganz analoge Epidemie beobachtet hatte, in der gleichfalls in einer Familie, die in einem einzigen Raume schlief, im Laufe von 24 Stunden sämmtliche 3 Kinder an Meningitis erkrankt waren. Indessen veranlassten den Verf. im vorliegenden Falle die hauptsächlichsten Schmerzen, die von dem kleinen Patienten in die Gegend des linken Ohres verlegt wurden, doch eine genaue Untersuchung des Organs anzustellen. Dies war aber nicht einfach, da das Kind schon bei den Vorbereitungen, die zu einer bequemen Lagerung des Kopfes gemacht werden mussten, tobte, schrie, und sich gegen jede Berührung mit Händen und Füssen sträubte. Schliesslich gelang es, des kleinen Patienten Herr zu werden, und nunmehr gelang es, mittelst einer Kerze den Meatus auditorius externus, nach Zurückziehen der Ohrmuschel nach oben und

Digitized by Google

hinten, auf's Genaueste abzuleuchten. In der Tiefe bemerkte man nun einen grauweissen Körper. Es gelang, ihn mit einer Pincette zu fassen und zu extrahiren. Es war ein ziemlich umfangreiches Convolut von Papierschnitzeln, die bis zum Trommelfellansatz vorgeschoben waren. — Unmittelbar nach seiner Entfernung verschwanden sämmtliche Beschwerden wie durch einen Zauberschlag.

Fall von durch Ohrenerkrankung bedingtem Hirnabsoess mit Operation; Heilung. Von Th. Barr in Glasgow. (Zeitschr. f. Ohrenheilk., XVIII, 2.)

Ein 9jähriger starker Knabe litt seit einem Jahre an rechtsseitigem, mässig starkem, aber vernachlässigtem Ohrenflusse, zu welchem sich in der letzten Zeit heftige Schmerzen im Kopfe sowie wiederholte Schüttelfröste und hohes Fieber hinzugesellten. Bei der Hospitalaufnahme fand sich eine Perforation im oberen Theile des Trommelfells mit wenig purulentem Secret. Da der Warzenfortsatz zwar nicht entzündet, jedoch bei Druck schmerzhaft war, wurde die Eröffnung desselben, aber ohne wesentliche Eiterentleerung oder Erleichterung, ausgeführt. Zwei Tage nachher plötzlich abundante Eiterung aus dem Ohre, die auch die folgenden Tage anhielt und auf die Eröffnung eines Hirnabscesses zurückgeführt wurde. Da sich neuerdings wieder Schüttelfrost einstellte, der Kräfteverfall rapid zunahm, heftige Kopfschmerzen besonders bei Druck auf die rechte Schläfegegend zunahmen, wurde die Diagnose noch gesicherter und der Sitz des Abscesses im Temporo-Sphenoidallappen angenommen. Macewen führte die Operation aus. Nach Entfernung einer $^1/_2$zölligen Knochenscheibe aus der Pars squamosa, $1^1/_2$" über und $^1/_2$" hinter dem Gehörgange, und nach Durchtrennung der nicht pulsirenden Dura mater wurde in die sich vordrängende gelb-röthliche Hirnmasse eine Hohlnadel in der Richtung nach dem Tegmen tymp. hin eingestochen; bei $^3/_4$" Tiefe trat neben fauligen Gasen Eiter aus, welchem nach Erweiterung der Punctionsstelle vermittelst einer Zange grössere Mengen mit necrotischer Hirnsubstanz untermischt folgten. Da auch nach Ausspülung der Abscesshöhle mit Borlösung sich noch fortwährend Eiter entleerte, wurde, um eine Gegenöffnung herzustellen, die mittlere Schädelgrube oberhalb des knöchernen Gehörganges im Niveau der Sutura petr. squam. angebohrt, die Dura eröffnet und die Abscesshöhle erreicht; alsdann Durchspülung, Drainage (Hühnerknochen), antiseptischer Verband. Ausgezeichneter Heilungsverlauf; nach 5 Wochen Vernarbung, rasche Kräftezunahme. Uhr $= \frac{5^1/_2}{40}$; intacte Knochenleitung; Stimmgabel bei Weber'schem Versuch nach rechts; nach weiteren 2 Monaten zeigt sich die Trommelfellöffnung völlig trocken. Eine ophthalmoscopische Untersuchung war erst 4 Wochen nach der Operation angestellt worden und hatte normalen Augenhintergrund ergeben, woraus auf Fehlen der Neuritis opt. auch vor der Operation geschlossen wurde, da sich andernfalls noch Spuren derselben hätten nachweisen lassen müssen*). Keller.

*) Betreffs der noch spärlichen Casuistik operativer Eröffnung von Hirnabscessen ex otitide cf. diese Monatsschrift 1885 pag. 44, 1886 pag. 47, 1887 pag. 103.

Digitized by Google

Untersuchungen über Pilzinvasion des Labyrinths im Gefolge von Masern. Von S. Moos. (Zeitschrift für Ohrenheilk. XVIII, 2.*)

Die vorliegende, höchst interessante Arbeit stellt eine Ergänzung des auf der Wiesbadener Naturforscher-Versammlung von dem Autor gehaltenen Vortrags dar; bezüglich des pathologisch-histologischen Theils cfr. diese Monatsschrift 1887, pag. 283; in dem neu hinzugekommenen bacteriologischen Abschnitte führt M. des Näheren aus, dass es ihm gelungen, auch hier den Nachweis eines Micrococcen wenigstens in einer grossen Zahl verschiedener Gewebsabschnitte zu führen, welcher, rund und meist in Kettenform auftretend, morphologisch von dem im Labyrinth bei Diphtheritis nachgewiesenen Coccus nicht zu unterscheiden ist, biologisch hingegen, soweit es überhaupt möglich ist, aus den pathologischen Befunden auf eine directe Wirkung der Microorganismen zurückzuschliessen, insofern einen Unterschied erkennen lassen dürfte, als bei Diphtheritis neben der Necrose im Labyrinth auch Zeichen von Neubildung, bei Masern dagegen lediglich die Befunde von Necrose nachweislich waren. Wie bei der Diphtheritis, sieht M. auch hier die Gerinnung der Lymphe als rein mechanischen Vorgang an, hervorgerufen durch die Einwanderung der Microorganismen, während die überall angetroffene Gefässthrombose mit ihren mannigfachen deletären Folgezuständen auf eine mycotische Endothelverfettung zurückgeführt wird. Im Uebrigen möchte der verdienstvolle Verfasser den bei Masern im Labyrinth aufgefundenen Coccus ebensowenig, wie den bei Diphtheritis nachgewiesenen (cf. d. Monatsschr. 1887, pag. 129) als den specifischen Infectionspilz (Masernpilz) angesehen wissen, hält vielmehr dafür, dass es sich hier, wie dort, um ein accidentelles Auftreten desselben handle. Da die Einwanderung der Keime wahrscheinlich auf dem Wege vorhandener Läsionen der Schleimhäute des Rachens und der Luftwege, wie Verlust des Epithels, besonders Schleimhautnecrose geschieht, diese aber im Gegensatz zu Diphtheritis, Typhus etc. bei Masern selten in ausgesprochener Weise aufzutreten pflegen, so dürfte hierdurch die clinische Thatsache ihre Erklärung finden, dass Labyrintherkrankungen bei Masern im Allgemeinen seltener beobachtet worden sind. — Die hier nur in aller Kürze referirte, sehr ausführliche Arbeit verdient besonders zu einem vergleichenden Studium der von dem Autor sowie von Steinbrügge mitgetheilten Sectionsbefunde von Labyrintherkrankungen nach Diphtheritis**) und Cerebrospinalmeningitis***) angelegentlichst empfohlen zu werden.

Keller.

---

b) Rhinologische:

Ueber Benzinwasser bei Ozaena und eitriger Rhinitis. (L'eau naphtolée dans l'ozène et les rhinites purulentes.) Von Dr. A. Ruault. (Archives de laryng. und Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, April 1888.)

Zu Nasendouchen wird folgende Formel angewandt: Benzin (Naphthol) 12 Gramm, Spir. vini zu 90° 84 Gramm, MDS. 1 Kaffeelöffel voll auf

*) Auch als Separatabdruck im Buchhandel erschienen.
**) Zeitschrift für Ohrenheilk. XVII, 1/2.
***) Zeitschrift für Ohrenheilk. XV, 4.

Digitized by Google

einen Liter lauwarmes Wasser zu einer Nasendouche; das gleich nachher auftretende leichte Brennen hört bald auf. Sind die Patienten zu empfindlich, so kann man doppelt soviel Wasser nehmen, oder vor der Douche etwas Cocain in die Nase einspritzen. Dr. P. K.

Anwendung des Cocain. muriaticum als Haemostaticum bei Nasenbluten und in der Rhinochirurgie. (De l'emploi de la cocaine comme hémostatique dans le traitement de l'épistaxis et en rhinochirurgie.) Von Dr. Ruault. (Société clinique de Paris und Art médical, November 1887.)

Vor der Anästhesie der Nasenschleimhaut tritt bedeutende Verminderung in deren Dicke ein; bestehendes Nasenbluten, sei es von selbst entstanden, sei es Folge einer Operation, hört bald auf in Folge der vasoconstrictorischen Wirkung des Cocain. Dr. P. K.

Ueber die Anwendung von Aetzmitteln in der Nasenhöhle. (The Use of Caustics in the Nasal Cavities.) Von F. H. Bosworth in New-York. (N.-Y. Medical Journal, 10. März 1888.)

Wenn der Gebrauch eines Aetzmittels in der Nase angezeigt ist, so ist die Chromsäure allen übrigen Mitteln und insbesondere dem galvanocaustischen Brenner vorzuziehen. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber die Aetiologie des Rhinoscleroms. (Sur l'étiologie du rhinosclérome.) Von Prof. Dr. Cornil. (Connaissances médicales No. 51, 1886 und Revue mensuelle de laryngologie No. 9, 1887.)

Die Parasiten sind Bacterien, welche mit einer Capsel umgeben sind. Verf. stützt sich auf die Untersuchungen von Paltauf und Eiselsbarg und kommt zu denselben Resultaten. Dr. P. K.

Fremdkörper der linken Nasenhälfte, eine putride Rhinitis hervorrufend. (Corps étranger de la fosse nasale gauche ayant provoqué une rhinite fétide.) Von Dr. Noquet. (Bulletin médical du Nord, November 1887.)

Ein 8½jähriges Kind, mit beständig offen stehendem Munde, zeigte seit 8 Monaten einen stinkenden, blutigen Ausfluss aus der linken Nasenhöhle; kein Schmerz. Der Geruch war nicht der der Ozaena; das rechte Nasenloch und der Nasenrachenraum waren frei; im linken Nasenloch stiess die Knopfsonde auf einen harten, zwischen Septum und Concha inferior gelegenen Körper. Derselbe wurde leicht mittelst Pincette entfernt und stellte einen 8 Mm. langen und 5 Mm. breiten, mit einem Metallring versehenen hölzernen Knopf dar; derselbe war mit einer Kalkschicht überlagert; die Mucosa seiner Umgebung war entzündlich geröthet und leicht blutend. Zu bemerken ist, dass der foetide Geruch in solchen Fällen sui generis ist und von dem der wirklichen Ozaena sich unterscheidet.

Verf. knüpft an seine Beschreibung Bemerkungen über die Rhinolithen überhaupt und erwähnt die betreffende Literatur in unvollständiger Weise. Dr. P. K.

Digitized by Google

Einfaches perforirendes Geschwür der Nasenscheidewand. (Simple perforating ulcus of septum nasi.) (Lancet, 28. April 1888.)

Mr. Jessop berichtete in der Leeds and West Riding medico-chirurgical Society über 4 Fälle. Nur in einem war Verdacht auf Syphilis vorhanden. Der Vortragende besprach den langsamen, wenig hervorstechenden Fortschritt der Krankheit, ihren gleichmässigen Character und die Abwesenheit von Gestank oder Absonderung. Sie befällt vorwiegend das mittlere Alter und ist der örtlichen Behandlung leicht zugänglich. Dr. Barrs erwähnte einen Fall in der Discussion, in welchem eigenthümliche, nervöse Symptome auftraten. Dr. Bronner weist auf die Untersuchungen Zuckerkandl's hin; er selbst fand Perforationen 2 Mal unter 80 untersuchten Fällen. Dr. M. Schm.

Nasenrespirator, verbunden mit Mundrespirator. (Combined nasal and oral respirator.) Von E. Watson Paul, Bristol. (Lancet, 2. Juni 1888.)

Der Apparat ist aus Celluloid, der für die Nase hat die Form der Nase, die Kammer liegt am unteren Ende. Er kann allein gebraucht oder durch ein Gelenk mit dem für den Mund verbunden werden.

Scheint practisch. Zu haben bei Arnold & Sons, London.

Dr. M. Schm.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Diagnostische Bedeutung der varicösen Zungenerweiterungen. (Valeur séméiologique des dilatations ampullaires de la langue.) Von Dr. Gillot. (Association française pour l'avancement des sciences à Oran.)

Die mehr weniger zahlreichen, ampullenartigen Erweiterungen der kleinen Blutgefässe und Capillaren sind denen der kleinen Hirngefässe sehr ähnlich und kommen zugleich mit denselben vor; dieses Zusammengehen erklärt sich übrigens sehr leicht aus den anatomischen Verhältnissen. Das Vorkommen solcher Gefässerweiterungen an der Zunge lässt auf das Vorhandensein derselben im Gehirn schliessen und erlaubt so, eine frühzeitige, angemessene Behandlung einzuleiten. Dr. P. K.

Epithelioma der Zunge, der Mundhöhle und des Arcus palatoglossus. (Epithélioma de la langue, du plancher buccal et du pilier antérieur du voile du palais.) Von Dr. Trélat. (Hôpital de la charité et Art médical, 1. Janvier 1888.)

Das Neoplasma besteht seit 10 Monaten bei einem 60jähr. Manne, keine Lymphdrüsenschwellung, genau abgegrenzter Tumor. Gutes Allgemeinbefinden; der Tumor ist noch nicht ulcerirt. Der Kranke verlangt die Operation und man darf sie nicht verweigern, weil sie in diesem Fall unter günstigen Bedingungen ausgeführt wird; jedenfalls erleichtert sie bedeutend, sie nimmt die quälenden Symptome für eine Zeit lang weg, trotzdem dass die Recidive an die Tagesordnung sind. Man gewöhnt vorher den Kranken an die Schlundsonde; zuerst wird die Carotis externa unterbunden, d. h. die Arteriae lingualis und facialis bluten nicht während der Operation; dann kommt die Durchtrennung des Maxillaris

Digitized by Google

inferior; schliesslich durchtrennt man nach gesicherter Haemostase die Weichtheile, was besser mit Scheere und Messer als mit galvanocaustischer Schlinge oder Thermocauter geschieht. Dr. P. K.

Behandlung der Mandelentzündung mit Cocain. (Tonsillitis treated by cocaine.) (Lancet, 19. Mai 1888.)

Dr. de Havillaud Hall berichtete in der Clinical Society of London über 3 Fälle von parenchymatöser Mandelentzündung, in welchen er die Symptome sehr rach durch Pinselungen mit einer 20procentigen Cocainlösung beseitigte. Er glaubt, dass der Erfolg nicht nur durch die Anästhesie und Blutleere hervorgerufen sei, sondern dass Cocain im Stande sei, Eiterung hintanzuhalten. Von mehreren Seiten wurde ihm bei der Discussion die Gefahr der Cocainsyncope vorgehalten. Dr. A. Morison hat in einem Fall eine Syncope beobachtet, die, nur durch Berührung der Mandeln hervorgerufen, beinahe tödtlich geendet habe; das Cocain sei also nicht immer für den Zufall verantwortlich.

(Das ist gewiss richtig, auch bei Nasenoperation. Die Syncopeanfälle bei solchen scheinen mir seit Einführung des Cocains seltener geworden zu sein. Ref.) Dr. M. Schm.

Die adenoiden Pharynxgeschwülste in Bezug auf Laryngismus stridulus. (Les tumeurs adénoides du pharynx et les laryngites striduleuses.) Von Dr. Coupard. (Revue générale de clinique et de thérapeutique und Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, März 1888.)

Der Einfluss der Thymusdrüse auf die Entstehung des Laryngismus stridulus ist zu verwerfen. Viele spasmodische Krankheiten werden in letzter Zeit auf Leiden des Nasenrachenraumes und der obersten Luftwege zurückgeführt; warum sollte es nicht der Fall bei Laryngismus stridulus, wenn auch nicht in allen Fällen, sein. In 56 Fällen von adenoiden Wucherungen des Nasenrachenraumes fand Verf. 45 Mal Laryngismus stridulus und 5 Mal Keuchhusten. Er kommt nun zu folgenden Schlüssen: 1) Bei vielen Kindern ruft eine einfache Laryngitis catarrhalis Laryngismus stridulus hervor, wenn zugleich adenoide Vegetationen bestehen. 2) Viele Fälle von Laryngismus stridulus werden irrthümlicherweise als solche diagnosticirt, während sie doch ganz einfach jene nächtlichen, symptomatischen, die adenoiden Pharynxwucherungen characterisirenden Erstickungsanfälle darstellen. Dr. P. K.

Zwei Fälle von Ausschneidung der ganzen Zunge und in deren einem auch der submentalen Gewebe und eines Theils des Unterkiefers wegen Epithelioms; Heilung. (Two cases of removal of the whole tongue, in one of the submental tissues and part of the lower jaw also; recovery.) Von Christopher Heath, London. (Lancet, 23. Juni 1888.)

Der erst 40jährige Mann, der die schwere Operation erlitt, lebte noch 3½ Monate und starb an Recidiv, der andere, 61 Jahre alt, wurde am 17. Tage aus dem Hospital entlassen. Vom 15. Tage an war die Fütterung durch das Schlundrohr bei Beiden nicht mehr nöthig.

Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Laryngectomie bei Epithelioma des Larynx. (Laryngectomie dans un cas d'épithélioma du larynx.) Von Dr. Daniel Mollière. (Art médical No. 24.)

Bei einem mit Dysphagie, Dyspnoe und Aphonie behafteten, 63jähr. Kranken zeigte das Laryngoscop ein Epithelioma der Cart. arytenoidea und des linken falschen Stimmbandes. Die verschiedenen Phasen der Operation waren folgende: 1) Tracheotomie und Einlegen einer Trendelenburg'schen Canüle; 2) querer, von der Medianlinie abgehender und den oberen Rand der Cartilago thyroidea streifender Schnitt (links); 3) Entblössen dieser Cartilago in ihrem oberen Drittel, Durchtrennung des Musculus hyothyroideus; 4) Eröffnen der Membrana thyrohyoidea; 5) mit starker, gebogener Scheere wird die Cart. thyroidea sinistra in ihrem oberen Drittel abgetrennt; mittelst stumpfer Haken wird das Os hyoideum einerseits und die Cart. thyroidea andererseits auseinandergehalten; 6) mittelst electrischen Lichtes erhält man nun völlige Einsicht in das Operationsfeld: der Tumor wird mittelst Zange hervorgezogen; 7) Exstirpation mittelst Torsion und Excision; 8) der Finger überzeugt sich, dass der Tumor ganz exstirpirt ist und dass das linke Stimmband verschont geblieben; 9) Auswaschen mit Sublimatlösung und Vernähen der Epiglottis mit den Resten des Musculus thyreohyoideus; Vernähen der Hautwunde. Während der ganzen Operation war die Blutung fast Null, die Anästhesie total. Heilung per primam. Dr. P. K.

Palliative Behandlung der Larynxtumoren mittelst Tracheotomie. (Sur le traitement palliatif des tumeurs du larynx par la trachéotomie.) Von Dr. Tillaux. (Académie de médecine, séance du 22. Novembre 1887.)

Ein 59jähr. Mann hatte einen flach aufsitzenden, das rechte wahre Stimmband einnehmenden, den rechten Schildknorperflügel nach aussen drängenden, Dyspnoe bedingenden Tumor. Nach der Tracheotomie nahm das Allgemeinbefinden des Patienten wieder rasch zu, Appetit und Frohsinn traten wieder ein. Das Larynxvolumen nahm ab, Patient verliess das Spital und arbeitete wieder, natürlich die Canüle tragend. Soll man in solchen Fällen die Radicaloperation, d. h. die Totalexstirpation des Larynx machen oder einfach die palliative Tracheotomie ausführen? Die Entscheidung dieser Frage ist noch nicht geschehen, Verf. neigt zur einfachen palliativen Tracheotomie.

Angesichts der traurigen Resultate der Totalexstirpation sind Verneuil und Richet derselben Ansicht, sie belegen ihre Meinung durch Beispiele. Léon Cabbé ist der Meinung, man soll frühzeitig, wie bei allen Epitheliomen überhaupt, exstirpiren; die Resultate seien dann besser.

Dr. P. K.

Perichondritis des Kehlkopfes, Tracheotomie, Heilung. (Perichondritis of the larynx, tracheotomy, recovery.) Von Francis Hollinskead.

39 Jahre alter Mann, geheilt nach Tracheotomie mittelst Jodkali unter Ausstossung eines Stückes necrotischen Knorpels.

Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Fall von totaler Ausschneidung des Kehlkopfes wegen Epithelioms. (Case of total extirpation of the larynx for epithelioma.) Von Dr. William Gardner, Adelaide. (Lancet, 23. Juni 1888.)

Es betraf einen 62jähr. Deutschen, der 9 Monate heiser gewesen. Die Untersuchung zeigte ein kleines Geschwür unter dem linken Stimmbande. Ein von oben exstirpirtes Stückchen ergab Epitheliom. Die Operation verlief glücklich am 2. October 1887. Dr. M. Schm.

Doppelseitige Kehlkopflähmung durch acute Laryngitis. (Bilateral laryngeal palsy from acute laryngitis.) (Lancet, 19. Mai 1888.)

Dr. Percy Kidd berichtete in der Clinical Society of London über eine 37jährige Frau, bei welcher neben einer chronischen Bronchitis sich inspiratorische Dyspnoe und Aphonie in wenigen Tagen entwickelt hatten. Die Schleimhaut des Kehlkopfes war sehr geschwollen und roth, die Stimmbänder standen in Cadaverstellung. Nach 4 Tagen war Patientin besser, doch blieb eine Behinderung in der Abduction der Stimmbänder noch eine Zeit lang bestehen.

Der Vortragende sucht den Grund in Lähmung der Muskeln durch entzündliche Infiltration der intramusculären Nervenfasern und der Muskelfibrillen.

Semon schloss sich der Ansicht an und meint, dass dieser der erste Fall einer rheumatischen beiderseitigen Paralyse sei.

Dr. M. Schm.

Papillome des Larynx. (Papillomata of larynx.) (Lancet, 5. Mai 1888.)

Dr. Bowremann Jessett berichtet in der Medical Society of London über einen 5 Jahre vorher wegen syphilitischer Kehlkopfentzündung tracheotomirten Patienten, bei welchem sich nach Herausnahme der Canüle die ganze oberhalb gelegene Parthie der Luftröhre bis zu den verdickten Stimmbändern mit Papillomen (?) ausgefüllt zeigte. Unter Cocainanästhesie wurden die Geschwülste von der Trachealöffnung aus mit dem scharfen Löffel operirt. Patient kann seitdem mit verstopfter Canüle gehen. Dr. M. Schm.

Fremdkörper im Larynx. (Un cas de corps étranger du larynx.) Von Dr. Langmaid. (Sitzung der american. laryng. Gesellsch., Mai 1887.)

Patientin hatte vor 3 Monaten eine 2 Zoll lange Stecknadel verschluckt; die Geschwüre wurden behandelt, ohne dass die Extraction gelang. Erst nach 2 Jahren stellte Patientin sich von Neuem vor. Die Stecknadel sah aus dem falschen Stimmbande hervor und wurde nicht ohne Mühe herausbefördert. Dr. P. K.

Larynxschwindel. (Laryngeal vertigo.) Von Dr. Frederick J. Knight, Boston. (New-York med. Journal, 10. Juli 1886.)

Verf. bespricht an der Hand von 14 veröffentlichten und 2 eigenen die Fälle von plötzlich eintretender Bewusstlosigkeit oder Schwindel nach heftigem Husten. Er erklärt sie aus dem Druck im Thoraxinnern und den Beobachtungen von Czermak und Weber, dass bei forcirter Exspiration oder starker Pression bei geschlossener Glottis die Herzthätig-

Digitized by Google

keit sinkt resp. momentan ganz aufhört, wobei Analgesie eintritt. Abnorme Empfindungen im Kopf entstehen aus derselben Ursache ja öfter nach Husten, Blasen von Instrumenten, beim forcirten Athmen, beim Auscultiren. Eine gewisse Disposition gehört zum Zustandekommen.

Dr. M. Schm.

Fremdkörper in der Trachea. (Corps étranger de la trachée.) Von DDr. Paté und Luton. (Union médicale du Nord-Est, No. 5, 1888.)

Ein dem Branntweintrinken ergebener Epileptiker behielt nach einem in der Nacht aufgetretenen Anfall Larynxpfeifen; Auscultation, Percussion und Adspection liessen auf Lungenemphysem schliessen; als Erstickungsanfälle auftraten, wurde ein Asthmaanfall mit Zusammenziehen der Epiglottis diagnosticirt (!); Hautreize halfen nicht. Operirt wurde nicht (!). Der Kranke erlag einem Erstickungsanfall. Bei der Section fand man an der Bifurcation der Trachea einen unregelmässig viereckig zugeschnittenen, 9½ Gramm wiegenden Feuerstein. Erst jetzt erfuhr man anamnestisch, dass Patient immer einen Feuerstein im Munde trug, um sich so das Tabackkauen abzugewöhnen. Dr. P. K.

Beschreibung eines neuen galvano-thermischen Ecraseurs. (Communication à propos d'un nouveau serre-noeud ou écraseur galvano-thermique et description de cet instrument.) Von Dr. Jaquemart. (Revue mensuelle de laryngologie No. 8, 1887.)

Es giebt Fälle von Tumoren der obersten Luftwege, wo man ohne Ecraseur nicht zu Stande kommt; die gebräuchlichen thermogalvanischen Ecraseure fordern viele Hände und Ausdauer bei ihrer Anwendung. Verf. suchte diesen Uebelständen abzuhelfen und glaubt es durch sein vom Fabrikanten Dubois construirtes Instrument erlangt zu haben.

Dr. P. K.

Ueber Pfeffermünzöl als Antisepticum und als Mittel gegen Phthisis und Diphtherie. (On oil of peppermint as an antiseptie and as a remedy in phthisis and diphtheria.) Von Leonard Braddon, London. (Lancet, 17. und 24. März 1888.)

Verf. hat zuerst durch Versuche erprobt, dass Pfeffermünzöl in seinen antiseptischen Eigenschaften den anderen gebräuchlichen Mitteln überlegen ist. Im Uebrigen führt er eine Anzahl Heilungen an, die nicht beweisend dafür sind, dass sie gerade durch das Mittel bewirkt waren.

Dr. M. Schm.

Adenoide Vegetationen bei Kindern; ihre Diagnose und Behandlung. (Adenoid vegetations in childrees; their diagnosis and treatment.) Von Franklin H. Hooper, M. D., Boston. (Bost. med. and surgical Journal, 15. März 1888.)

Der fleissige Verf. giebt in dem vorliegenden Aufsatze eine recht übersichtliche Besprechung der adenoiden Vegetationen: Geschichte, Symptome sehr gut geschildert, ihre Gefahren und Behandlung. Die Diagnose macht er, die wenigen (? Ref.) Fälle, in welchen Rhinoscopia posterior möglich ist, ausgenommen, mit dem Zeigefinger. Die Operation macht er allemal in der tiefen Aethernarcose, unter Leitung des Fingers

Digitized by Google

entfernt er die Massen mit der Zange und glättet mit dem Fingernagel die Fläche und die Buchten:

Je nach der Blutung unterbricht er die Operation bis zu 6 Mal und wartet, bis sie nachgelassen. Nachtheile des Operirens in der Narcose durch Blutaspiration hat er nie gesehen (Ref. auch nicht). Es ist nicht nöthig, das Cavum auf's Peinlichste zu reinigen, zurückgelassene Reste atrophiren (? Ref.). Dr. M. Schm.

Totale Parotisexstirpation. (De l'exstirpation complète de la parotide.) Von Dr. Coccherelli. (Société italienne de chirurgie, Nâple 1888 und Semaine médicale No. 15.)

Verf. machte 5 Mal die Totalexstirpation, wobei 4 Mal wegen Epithelioma. Immer trat Heilung ein. Es ist immer möglich, die Drüse ganz zu entfernen, nur muss man sie in allen ihren Verzweigungen und namentlich in ihrer pharyngealen Verästelung genau verfolgen. Die allgemein angerathene Unterbindung der Carotis externa ist nicht nothwendig, man soll selbe sogar vermeiden. Es genügt, die Gefässe vor ihrer Durchschneidung zu unterbinden. Dr. P. K.

Gasgeschwülste oder Aërocelen des Halses. (Sur les tumeurs gazeuses ou aërocèles du cou.) Von Dr. H. Petit. (Congrès de chirurgie française, Paris 1888, und Wiener med. Presse No. 16.)

Sie sind die Folge einer Communication zwischen Larynx oder Trachea mit den benachbarten Intercellular- oder interaponeurotischen Räumen. Anstrengungen sind die Ursache. Sie entstehen entweder in der Weise, dass nach Perforation oder unvollständiger Ruptur die Wandungen des Luftcanals, die Mucosa des Larynx oder der Trachea hernienartig vorgestülpt wird, oder so, dass die Luft nach vollständiger Zerreissung der Wand des Luftrohres in die Intercellularräume des Halses dringt. Klinisch kommen die Geschwülste in 3 Formen vor: entweder entstehen sie plötzlich, oder sie wachsen Anfangs stark an, um nachher nur wenig zuzunehmen, oder ihr Wachsthum ist von Anbeginn ein stetig fortschreitendes. Die Consistenz der Geschwulst ist eine verschiedene, je nachdem die Communications-Oeffnung sich bald schliesst oder offen bleibt; im ersten Fall ist die Geschwulst hart, im zweiten weich. Der Percussionsschall über der Geschwulst ist hell, die Hautbedeckung normal; durch Husten, starke Exspiration wird das Volumen des Tumors vergrössert, durch Compression, tiefe Inspiration, Streckung des Kopfes verkleinert. Die plötzlich entstandenen Aërocelen können heilen, die anderen bleiben stationär oder werden sogar grösser. Durch Compression und innerlich verabreichte Narcotica sollen manche dieser Geschwülste zum Schwinden gebracht werden. Dr. P. K.

Bericht über Myxoedem. (Myxoedema report.) (Lancet, 2. April 1888.)

Die Clinical Society of London hat bekanntlich eine Commission eingesetzt zur Berichterstattung über die Frage des Myxoedems. Dieser Bericht wurde am 25. Mai erstattet von Dr. Ord. Er verlas etwa folgende Schlüsse:

1) Myxoedem ist eine wohl definirte Krankheit.

Digitized by Google

2) Es befällt mehr Frauen wie Männer und hauptsächlich das mittlere Alter.

3) Klinische und pathologische Untersuchungen zeigen in bestimmtester Weise, dass die Hauptbedingung in allen Fällen zerstörende Veränderungen der Schilddrüse war.

4) Die gewöhnlichste Form dieser Veränderungen besteht in dem Ersatz des Drüsengewebes durch zartes Bindegewebe.

5) Diese interstitielle Entwickelung von Bindegewebe ist ebenfalls sehr häufig in der Haut beobachtet worden, viel seltener in den Eingeweiden. Das Aussehen der Gewebe lässt auf Reiz- oder Entzündungsprocesse schliessen.

6) Diese pathologische Beobachtung ergiebt die Ursache für die Veränderungen in der Haut, für das Ausfallen der Haare und Zähne, für die vergrösserte Masse des Körpers, verursacht durch die excessive Fettbildung im Unterhautzellgewebe, sie erklärt aber nicht die Veränderungen der Sprache, Bewegung, Empfindung, des Bewusstseins und Verstandes, welche zu den wichtigeren Symptomen dieser Krankheit gehören.

7) Die chemische Untersuchung der wenigen verwerthbaren Fälle hat keinen Excess von Mucinbildung ergeben, doch kommt dabei in Betracht, dass die Schwellung der Hautdecken oft kurz vor dem Tode schwindet.

8) Thierexperimente, insbesondere bei Affen, haben nach vollständiger Entfernung der Schilddrüse sehr ähnliche Symptome ergeben, ohne dass Nerven oder die Luftröhre verletzt worden waren.

9) Bei diesen Experimenten fand sich ein grosser Ueberschuss an Mucin in der Haut, dem Bindegewebe, dem Blut und in den Speicheldrüsen, auch in der Parotis, welche gewöhnlich kein Mucin enthält, in beträchtlicherer Menge.

10) Die Analyse der Fälle von Ausschneidung der Schilddrüse beim Menschen ergab in einem erheblichen Theil der Fälle die Entwickelung von Symptomen, welche genau denen des Myxoedems entsprachen.

11) In einer grossen Zahl von Fällen war die Operation nicht von solchen Folgen begleitet, offenbar durch die Anwesenheit accessorischer Schilddrüsen bedingt.

12) Wenn von manchen Beobachtern Verletzung der Luftröhre bei der Operation, Atrophie der Luftröhre, Verletzung des Nervus recurrens, der Cervicales, Sympathici oder endemische Einflüsse beschuldigt wurden, so hat sich herausgestellt, dass sich die Krankheit nur bei solchen Operationen zeigte, bei welchen die Schilddrüse mit in's Spiel kam, dass in den meisten Operationen bei Menschen und bei allen an Affen Verletzungen der umgebenden Theile vermieden wurden und dass diese vollkommen aseptisch gemacht wurden, dass Myxoedem bei Personen eintrat nach der Ausschneidung der Schilddrüse, welche nie in Orten gelebt, in welchen endemisch Cretinismus vorkam. Es ist somit bewiesen, dass Myxoedem häufig hervorgebracht ist durch Ausschneiden oder pathologische Zerstörung der Schilddrüse.

13) Bei operativen Fällen folgt Myxoedem bei Frauen nicht häufiger als bei Männern.

14) Das Myxoedem der Erwachsenen ist practisch dieselbe Krankheit, wie der sporadische Cretinismus der Kinder. Myxoedem ist wahr-

Digitized by Google

scheinlich identisch mit Cachexia strumipriva, eine enge Verwandtschaft besteht zwischen Myxoedem und endemischem Cretinismus.

15) Die obengenannten Zustände hängen von der Zerstörung oder dem Aufhören der Function der Schilddrüse ab. Die letzte Ursache der Zerstörung oder des Aufhörens der Function der Schilddrüse ist noch unbekannt. Dr. M. Schm.

Atrophie der Thoraxmuskeln bei Tuberculose. (Atrophie des muscles thoraciques chez les tuberculeux.) Von Dr. Bompar. (Journal de médecine de Bordeaux und Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, April 1888.)

Die Lungentuberculose führt in den meisten Fällen zu der Degenerationsatrophie der Thoraxmuskeln, welche mit blossem Auge zu sehen ist und beim Inductionsstrom sich durch Verminderung der Contractilität zu erkennen giebt. Characteristisch für die pathognomonische Atrophie ist, dass sie immer in der Nähe der tuberculösen Herde zuerst auftritt und mit der Entwickelung des Lungenleidens gleichen Schritt hält; sie tritt also meistens an den oberen Theilen des Thorax auf, zeigt sich zuerst an der Rückenfläche, betrifft zuerst den Cucullaris und den Supraspinatus, dann erst den Pectoralis major, den Deltoideus und die Armmuskeln; sie bleibt immer local und geht nie auf die übrigen Muskeln des Körpers über. Dem entsprechen die Einsenkungen und die Verminderung der Muskelkraft, welch' letztere leicht durch das Dynamometer nachzuweisen ist. Sie stellt ein frühes Zeichen der Tuberculose dar und ist diagnostisch wichtig; bei längerem Bestehen übt sie einen schlechten Einfluss auf den Krankheitsverlauf aus; man soll sie daher von Anfang an bekämpfen, besonders in solchen Fällen, wo man eine Heilung oder einen Stillstand des Grundleidens noch hoffen kann. Am besten wendet man die sogen. Zimmergymnastik oder den faradischen Strom an; durch den günstigen Einfluss dieser beiden Mittel lässt sich die Angabe der Heilungsfälle bei Phthisis incipiens erklären.

Dr. P. K.

Das Athmoscop. (The Athmoscope.) Von J. Matthew Law, M. B. Woolwich. (Lancet, 19. Mai 1888.)

Das Instrument besteht aus einer Hohlkugel von Metall in der Grösse einer Orange, es hat ein Mundstück, in welches der Pat. hineinathmet, gegenüber eine Oeffnung für den Austritt der Luft; seitlich geht ein Schlauch mit Hörplatte ab, welche der Untersuchende an sein Ohr hält. Der Verf. glaubt, dass man sowohl Lungen-, wie Kehlkopferkrankungen durch die Auscultirung der beim Athmen entstehenden Geräusche diagnosticiren könne. Dr. M. Schm.

Beiträge zur Kenntniss der Antiseptica. (Aus dem pathologischen Institut zu Greifswald.) Von G. Martens. (Virchow's Arch., Bd. 112, H. 2.)

M. stellte, gegenüber den bisher meist üblichen Prüfungen der Antiseptica, an den sporenbildenden Milzbrandbacillen eine Reihe von Untersuchungen über die Einwirkung dieser Substanzen auf die Eitercoccen an (Staphylococcus pyogenes aureus, albus und citreus, sowie Streptococcus pyogenes). Den wesentlichsteu Inhalt der gefundenen Resultate,

Digitized by Google

deren practische Verwerthung auch für unsere Specialität volle Beachtung verdient, führen wir in Folgendem an. M. unterscheidet 2 Categorien von Antiseptica: 1) keimtödtende, 2) indifferente, d. h. solche, welche selbst in stärkster Lösung nach 8—10-, selbst zum Theil 70tägiger Einwirkung die Coccen nicht zu tödten vermochten. Die Reihenfolge der zur ersten Gruppe gehörenden Substanzen ist, entsprechend dem Grade ihrer Leistungsfähigkeit, folgende: 1) Jod, vernichtet die Eitercoccen sicher in 1/4 Minute in Verdünnung 1 : 10000*). Jodoform tödtet weder die Coccen, noch verzögert es deren Wachsthum, jedoch bleiben beim St. aureus und prodigiosus die characteristischen Orange- und Purpur-Färbungen aus, nach deren Eintritt erst (nach Grawitz und de Bary) der Prodigiosus seine eitererregende Wirkung entfaltet. Jodkalium hat selbst in concentrirter Lösung keine antiseptischen Eigenschaften. 2) Thymol, ist keimtödtend in Lösung 1 : 5000 innerhalb 1 Minute; M. nennt Thymol ein Specificum gegen Eitercoccen wie Sublimat gegen Milzbrandbacillen. 3) Unterchlorigsaures Kali (Eau de Javelle), tödtet die Keime sicher in 45 Sec. in 1 0/00 Lösung. 4) Arg. nitr. in derselben Lösung binnen 2 Minuten, 1 0/0 bereits in 30 Sec. 5) Die Mineralsäuren: Salpeter-, Salz- und Schwefelsäure in 1 0/00 Lösung sind keimtödtend in 2, 5 und 10 Min., in 1 0/0 entweder momentan oder in weniger als 1 Min. 6) Sublimat vermochte in 1 0/00 Solution, unter denselben äusseren Bedingungen wie die übrigen geprüften Antiseptica angewandt, erst nach 1 Stunde die Eitercoccen zu tödten, 1 0/0 Lösung bewirkte momentane Vernichtung. Bei günstigeren Bedingungen dagegen: wenig Eitercoccen aus wässriger Suspension ohne jede Spur von Nährmaterial und allseitig reichlicher Umspülung der Sublimatlösung, tödtete obige Lösung bereits in 15 Sec. 7) Salicylsäure, 1 : 300 innerhalb 1—2 Min. 8) Ferr. sesq. chlor., 1 0/0 in 1/4 Min. 9) Chlorkalk, 1 0/0 in 15 Sec. 10) Carbolsäure, 5 0/0 tödtet die Eitercoccen momentan, 3 0/0 nach 1/4 Min., 1 0/0 nach 1 bis 3 Min. 11) Kali hypermang., 1 0/0 nach 10 Min., 1 0/00 nach 15 Stunden noch ohne Einwirkung. 12) Aluminiumacetat, 10 0/0 erst nach 48 Stunden sicher keimtödtend, nach 20 Min. aber entwicklungshemmend. 13) Chlorzink, 5 0/0 in 3/4 Min. 14) Borsäure tödtet Eitercoccen in 4 0/0 Solution erst nach 10tägiger Einwirkung (nach Untersuchungen von Sternberg überhaupt nicht), die Entwicklung aber wird durch eine mindestens 2 0/0 Lösung sicher verhindert. 15) Plumbum aceticum, 50 0/0 wirkt erst nach 15 Stunden keimtödtend. 16) Alcohol absol. tödtet momentan, 50 0/0 in 10 Minuten.

Indifferent gegen Eitercoccen verhielten sich folgende Substanzen: Jodkalium (10 0/0 nach 4 Tagen), Kali carb. (warmgesättigte Lösung in 32 Tagen), Aetzkali (1 0/0 in 55 T.), Chlornatrium (30 0/0 in 70 T.), ein Zusatz von 15 0/0 Lösung verhinderte das Wachsthum der Coccen, Borax (50 0/0 in 24 Stunden), Natr. bicarb. (50 0/0 in 8 T.), Zinc. sulfur. (10 0/0 nach 24 Stunden), ferner Kupferoxyd und Ammon. acetic., Camphor (in Wasser nach 32 T., in Oel nach 24 Std.), Benzol (nach 24 Std.), Alumen (40 Min.), Kali chloric. (10 0/0 nach 24 Std.). Keller.

*** Sämmtliche Lösungen sind wässrige, da alcoholische oder ölige an Wirkung wesentlich verlieren.**

Digitized by Google

III. Inserate.

BATTERIE F. GALVANOK.
und Beleuchtung. 6 Elem., m. Schalt. f. Quantität u. Spann., Rheost., i. Kasten, transport., Heb- und Senkvorrichtung f. El. Gefässe. Gewicht 17 Ko. Preis M. 150.—.
REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.
Universitäts-Mechaniker.
Haupt-Katalog 80 Seit. 300 Abbildung.

Galvanocaustische und Electrolytische
Apparate und Instrumente
nach Angaben des Herrn **Professor Voltolini** empfiehlt
Ernst Pischel's Nachfolger Hermann Brade
Breslau, Hummerei No. 31.

Inhalt.

I. Originalien: Guranowski: Ein Fall von primärer croupöser Entzündung des äusseren Gehörganges und des Trommelfelles. — Koehler: Zwei Fälle von Rhinoscleroma. — Weil: Ein neuer Gaumenhakenhalter. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bourgougnon: Meningitische Erscheinungen, verursacht durch einen Fremdkörper im Ohre eines 4jährigen Kindes. — Barr: Fall von durch Ohrenerkrankung bedingtem Hirnabscess mit Operation; Heilung. — Moos: Untersuchungen über Pilzinvasion des Labyrinths im Gefolge von Masern. — b) Rhinologische: Ruault: Ueber Benzinwasser bei Ozaena und eitriger Rhinitis. — Ruault: Anwendung des Cocainum muriaticum als Hämostaticum bei Nasenbluten und in der Rhinochirurgie. — Bosworth: Ueber die Anwendung von Aetzmitteln in der Nasenhöhle. — Cornil: Ueber die Aetiologie des Rhinoscleroms. — Noquet: Fremdkörper der linken Nasenhälfte, eine putride Rhinitis hervorrufend. — Jessop: Einfaches perforirendes Geschwür der Nasenscheidewand. — Paul: Nasenrespirator, verbunden mit Mundrespirator. — c) Pharyngolaryngologische: Gillot: Diagnostische Bedeutung der varicösen Zungenerweiterungen. — Trélat: Epithelioma der Zunge, der Mundhöhle und des Arcus palatoglossus. — Hall: Behandlung der Mandelentzündung mit Cocain. — Coupard: Die adenoiden Pharynxgeschwülste in Bezug auf Laryngismus stridulus. — Heath: Zwei Fälle von Ausschneidung der ganzen Zunge und in deren einem auch der submentalen Gewebe und eines Theils des Unterkiefers wegen Epithelioms; Heilung. — Mollière: Laryngectomie bei Epithelioma des Larynx. — Tillaux: Palliative Behandlung der Larynxtumoren mittelst Tracheotomie. — Hollinskead: Perichondritis des Kehlkopfes, Tracheotomie, Heilung. — Gardner: Fall von totaler Ausschneidung des Kehlkopfes wegen Epithelioms. — Kidd: Doppelseitige Kehlkopflähmung durch acute Laryngitis. — Jessett: Papillome des Larynx. — Langmaid: Fremdkörper im Larynx. — Knight: Larynxschwindel. — Paté und Luton: Fremdkörper in der Trachea. — Jaquemart: Beschreibung eines neuen galvano-thermischen Ecraseurs. — Braddon: Ueber Pfeffermünzöl als Antisepticum und als Mittel gegen Phthisis und Diphtherie. — Hooper: Adenoide Vegetationen bei Kindern; ihre Diagnose und Behandlung. — Coccherelli: Totale Parotisexstirpation. — Petit: Gasgeschwülste oder Aërocelen des Halses. — Ord: Bericht über Myxoedem. — Bompar: Atrophie der Thoraxmuskeln bei Tuberculose. — Law: Das Athmoscop. — Martens: Beiträge zur Kenntniss der Antiseptica. — III. Inserate.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXII. **Berlin, August 1888.** **No. 8.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Beitrag zur Frage über die Verbindung der Corti'schen und Deiters'schen Zellen des Corti'schen Organes und deren Gestalt.

Von

Dr. **L. Katz** in Berlin.

Aus dem physiolog. Institut (Abtheilung für Microscopie).

Im Zupfpräparat des Corti'schen Organs der Fledermaus, der Maus und der Ratte findet man bei 1/8 — 1/4 procentiger Chromsäure-Conservirung für gewöhnlich langgestielte, an der Membr. basilaris befestigte Gebilde, wie sie in der beifolgenden Figur I schematisch abgebildet sind. Selbstverständlich verdanken dieselben ihre Entstehung theils einem durch Chromsäure-Einwirkung entstandenen Schrumpfungsprocess, theils der Zerzupfung. Die Erklärung dieser Gebilde in ihrer Beziehung zu den natürlichen Verhältnissen ist aber nicht so einfach, wie die einander widersprechenden Abbildungen und Auffassungen in den verschiedenen anatomischen Werken über das Labyrinth beweisen.

In einem Raum, der nach oben von einer Zange, unten von einer Art Becher mit schmalem, ziemlich tiefen Grund begrenzt wird, sieht

Digitized by Google

man von den Branchen der Zange umfasst einen granulirten, runden Körper. Die Zange verschmälert sich nach unten in den ziemlich langen Stiel. Zuweilen findet man den Raum leer, öfter sieht man unterhalb des Becheransatzes einen feinen Stiel nach aussen und oben hinziehen, und lässt sich dieser als eine deutliche Verlängerung des unteren, solideren Stiels wahrnehmen.

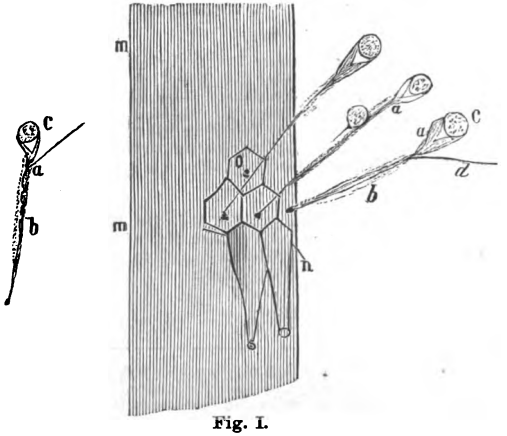


Fig. I.

a) zangenförmiger Theil.
b) Stiel.
c) runder Körper.
d) fadenförmiger Fortsatz nach oben.
m) Membrana basilaris mit sechskantigen Feldern.
n) unterer Theil der äusseren Pfeiler.
o) Ansatzstelle der Stützfaser.

Was stellen nun diese Gebilde dar?

Auf den ersten Blick könnte man glauben, dass das Gebilde der untere Theil einer Corti'schen Zelle sei, deren oberer, cylindrischer Körper abgebrochen sei. Hiernach müsste also die Corti'sche Zelle einen Stiel haben, der sich an der Membrana basilaris festsetzt, eine Annahme, die ja der Anschauung vieler Autoren entsprechen würde. Oder das Gebilde könnte dem unteren, geschrumpften, prismatischen Körper der Deiter'schen Zelle entsprechen, deren kegelförmiger Phalangenfortsatz theils abgebrochen, theils in Rudimenten ab und zu noch erhalten ist. Der Stiel entspräche hier der Retzius'schen Stützfaser. Der runde, granulirte Kern wäre dann der Kern der Deiter'schen Zelle.

Nach vielfachen Zerzupfungen in Flemming'scher Lösung, in der ich mehr Osmiumsäure, als in der Vorschrift angegeben, anwandte, bin ich nun bei Kaninchen, Katzen, Meerschweinchen u. s. w. zu der Ueberzeugung gekommen, dass obige Gebilde zu beiden Zellenarten gehören, und zwar in der Art, dass der in der zangenförmigen Vertiefung befindliche runde Körper der Kern der Corti'schen Zelle sei und dass der Zange selbst, deutlich fibrillär, mit der Stützfaser zusammenhängt und der Deiter'schen Zelle angehört. Bekanntlich ist ja der untere Theil der Deiter'schen Zelle sehr weich, fast wasserhell, mit sehr dünner Zellmembran, leicht zerstörbar und schrumpft deshalb durch Chromsäure sehr stark zusammen. Der Kern der Deiter'schen Zelle ist in manchen Präparaten von mir unterhalb des becherförmigen Theiles deutlich gesehen worden, so dass ich die Möglichkeit als ausgeschlossen betrachte, dass in dem Becher etwa der Kern der Deiter'schen Zelle ruht.

Der Stiel des Gebildes entspricht mithin der Retzius'schen Stütz-

Digitized by Google

faser, welche sich continuirlich theils in den Phalangenfortsatz, theils in das zangen-becherförmige Gebilde fortsetzt. Im Profil gesehen, habe ich bei modificirter Flemming'scher Lösung vom Kaninchen Gebilde bekommen, wie sie Figur II darstellt.

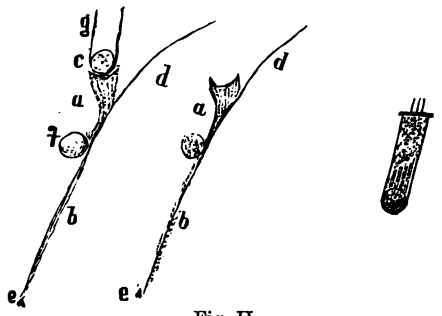


Fig. II.

a) zangenförmiger Theil.
b) Stiel, mit protoplasmatischen Resten umgeben.
c) Kern der Corti'schen Zelle.
d) In den Phalangenfortsatz der Deiter'schen Zelle übergehender Theil der Stützfaser.
e) Ansatzstelle der Stützfaser.
f) Kern der Deiter'schen Zelle, der Stützfaser anliegend.
g) cylindrischer unterer Theil der Corti'schen Zelle, deren haartragender Deckel in der Lam. reticul. stecken geblieben ist.
h) isolirte Corti'sche Zelle.

Vervollständigt müsste die obige schematische Zeichnung der Fig. III entsprechen, wie sie in Zupfpräparaten jedoch nicht leicht zu beobachten ist, theils wegen des innigen Zusammenhangs der Corti'schen Zelle mit der Lamina reticularis, theils wegen der leichten Zerstörbarkeit und der innigen Verbindung der unteren Theile der Deiter'schen Zellen.

Fig. III.

Dieselben haben entschieden kein Spatium zwischen sich. In gut gelungenen, dünnen Querschnitten habe ich mich von dem prismatischen Körper der Deiter-schen Zellen überzeugt.

Was die Gestalt der Corti'schen Zellen (Stäbchenzellen) betrifft, so schliesse ich mich demnach der Ansicht von Retzius an, dass dieselben keine eigenen Stiele haben, sondern dass sie abgerundet ungefähr in der Mitte der Papilla spiralis enden, dass ihr Körper cylinderförmig ist, dass der Kern ganz unten im Cylinder liegt, und dass der abgerundete, untere Theil in einem zangen-becherförmigen Abschnitt der Deiter'schen Zelle ruht. Dass hier eine Verklebung mit geringer Beweglichkeit der Corti'schen Zelle vorliegt, halte ich für wahrscheinlich.

Die Stützfaser, eine Ausscheidung des Protoplasma's der Deiter'schen Zelle, verläuft im Innern derselben, zieht am Kern vorüber und geht theils direct nach oben, in den Phalangentheil der Deiter'schen Zelle sich verlierend, zur Lam. reticul., theils in das zangen-becherförmige Gebilde über.

Wir haben es also meines Erachtens im Innern der Deiter'schen Zelle nicht mit einer einfachen Stützfaser, sondern mit einer Art Stützapparat für beide Zellenarten zu thun.

Dieser meiner Auffassung über die Verbindung der Deiter'schen und Corti'schen Zellen hat sich sowohl Hr. Prof. Fritsch, als auch Hr. Privatdocent Benda, die Einsicht nahmen von meinen Präparaten, angeschlossen.

Ich will es an dieser Stelle unterlassen, auf die Aehnlichkeit dieser meiner Auffassung mit der anderer Untersucher einzugehen.

Digitized by Google

Ueber eine von einer Otitis media suppurativa ausgehende und durch den Bacillus pneumoniae (Friedländer) bedingte Allgemeininfection.

Von

Prof. **A. Weichselbaum** in Wien.

Am 19. Juni 1888 obducirte ich die Leiche eines 54jährigen Weibes, welche einen in mehrfacher Beziehung bemerkenswerthen Befund darbot. Leider konnte ich über den Krankheitsverlauf nur sehr spärliche Daten erlangen.

Das betreffende Weib — Taglöhnerin — war erst 2 Stunden vor ihrem Tode in's Rudolfspital, im Zustande vollständiger Bewusstlosigkeit, gebracht worden. Im Urin konnten ziemlich grosse Mengen von Zucker und Eiweiss nachgewiesen werden; ausserdem wurde noch ein reichlicher, eiteriger Ausfluss aus dem linken Ohre constatirt. Eine bestimmte Diagnose konnte selbstverständlich nicht gestellt werden. Erst später erfuhr ich, dass das Weib am 2. Mai 1888 das Ambulatorium der Ohrenklinik des Prof. Gruber aufgesucht hatte, woselbst sie angab, seit 4 Wochen an Ausfluss aus dem linken Ohre zu leiden. Bei der Untersuchung wurde eine Otitis media suppurativa acuta sinistra constatirt. Die Patientin kam aber später nicht mehr auf die Klinik, obwohl sich ihr Ohrenleiden, wie ihre Angehörigen aussagten, stetig verschlimmerte. Am 17. Juni soll sie bereits in einen halbcomatösen Zustand verfallen sein, wurde aber erst am 18. Juni Nachmittags in's Rudolfspital gebracht, woselbst sie 2 Stunden später starb.

Sectionsbefund (15 Stunden p. m.): Die Leiche sehr fettleibig. Die inneren Hirnhäute auf der Convexität des Gehirns milchig getrübt und die Seitenventrikel durch klares Serum etwas erweitert. Die Arterien der Hirnbasis stark atheromatös.

Das linke Trommelfell ist an einer hanfkorngrossen Stelle perforirt, im Uebrigen etwas angeschwollen, aufgelockert und durch Ecchymosen und starke Injection dunkelroth gefleckt. Im äusseren Gehörgange sowie in der Paukenhöhle reichlicher, dicker, graugelber Eiter, von auffallend viscider Beschaffenheit; der gleiche Eiter erfüllt auch die zelligen Räume des Processus mastoideus. Die Schleimhaut der Paukenhöhle und der Tuba sowie die Auskleidung der Räume des Warzenfortsatzes ist angeschwollen und theils ecchymosirt, theils stark injicirt. Das Periost des Processus mastoideus, das obere Ende des M. sternocleido-mastoideus sowie das ihn einhüllende und durchsetzende Bindegewebe ist eiterig infiltrirt; auch hier hat der Eiter eine deutlich viscide Beschaffenheit. In beiden Nasenhöhlen ist ein ungemein reichliches, dickes und zähes, eiteriges Secret, die Schleimhaut überall stark geröthet und etwas angeschwollen. Die Nebenhöhlen der Nase und das rechte Gehörorgan sind intact; auch im Pharynx und in den Luftwegen nichts Abnormes.

Die hinteren Partien des linken unteren Lungenlappens sind etwas verdichtet und stark ödematös.

Der linke Herzventrikel hypertrophisch, die Muskulatur des Herzens stark fettig degenerirt; die Aorta atheromatös. Die Milz etwas angeschwollen, sehr weich und chokoladefarbig.

Digitized by Google

Beide Nieren ebenfalls angeschwollen, sehr weich, die Rinde graubraun, das Mark rothbraun. Die Leber zeigt trübe Schwellung.

Diagnose: Acute Rhinitis, acute eiterige Entzündung der linken Paukenhöhle und des Processus mastoideus mit Perforation des Trommelfelles, eiterige Periostitis des Processus mastoideus und Phlegmone des M. sternocleido-mastoideus, beginnende Pneumonie im linken Unterlappen, acute parenchymatöse Nephritis beiderseits, fettige Degeneration des Herzens, acuter Milztumor, trübe Schwellung der Leber. — Atherose des Arteriensystems, Hypertrophie des linken Herzventrikels.

Es wurden sogleich nach der Section die Krankheitsproducte auf Bacterien untersucht.

Der Eiter aus den zelligen Räumen des Warzenfortsatzes war ausserordentlich reich an Bacillen von verschiedener Länge, wobei aber die langen Formen bei Weitem überwogen. Die kurzen Bacillen erinnerten mich schon beim ersten Anblicke an den Bacillus pneumoniae (Friedländer's „Pneumoniecoccus"); sie waren 2—4mal so lang als breit, ziemlich dick und hatten ein abgerundetes Ende. Die meisten anderen Bacillen waren aber bei Weitem länger, ja häufig in so langen Exemplaren vertreten, wie ich sie — ich spreche hier vom Bacillus pneumoniae — im menschlichen Organismus bisher noch niemals angetroffen habe, obwohl ich bei einigen Pneumonien auch schon ziemlich lange Stäbchen zu sehen Gelegenheit hatte. Selbst in Culturen kommen so lange Fäden gewöhnlich nur in geringer Menge vor. Die längeren Bacillen im Eiter waren nämlich 50—100mal so lang als breit, dabei in der Regel auch etwas schmäler als die kurzen Stäbchen, mitunter mehr oder weniger gekrümmt, nicht gleichmässig gefärbt und von unregelmässigen Contouren begrenzt; dabei zeigten sie gewöhnlich auch keine Gliederung. Viele von den Bacillen, selbst von den längsten, hatten eine deutliche, nicht sehr breite Capsel, die sich mehr oder minder gut färben liess. Andere Microorganismen waren in diesem Eiter nicht vorhanden.

Der Eiter aus der Paukenhöhle enthielt die gleichen Bacillen und auch in grosser Menge, aber ausserdem waren noch Coccen vorhanden. Letztere lagen einzeln oder zu zweien, mitunter auch in kleinen Häufchen; sie waren rund oder platteten sich an den Berührungsflächen etwas ab.

Der Eiter vom Periost des Warzenfortsatzes und von der Phlegmone enthielt wieder nur eine Art von Bacterien, nämlich die zuvor beschriebenen Bacillen und in ganz enormer Menge. Auch hier waren die langen Formen bei Weitem überwiegend, nur färbte sich die Kapsel schlecht oder gar nicht.

Das Secret der Nasenhöhle beherbergte eine, wenn möglich, noch grössere Menge von Bacillen, unter denen die kürzeren Formen sehr breite und intensiv gefärbte Capseln trugen; andere Bacterien waren auffallender Weise nicht vorhanden.

Die Oedemflüssigkeit der linken Lunge war auch ziemlich reich an gleich beschaffenen Bacillen, unter denen aber die kürzeren Formen vorherrschten; zugleich waren die Capseln besonders gut entwickelt und intensiv gefärbt. Ausserdem waren noch mässig viele andere Bacterien vorhanden und zwar theils sehr feine oder sehr dicke Bacillen, welche vom Bacillus pneumoniae leicht zu unterscheiden waren, theils

Digitized by Google

runde Coccen, die einzeln, zu 2, mitunter auch in Reihen von 4, oder in kleinen Häufchen angeordnet waren und mit dem Diplococcus pneumoniae keine Aehnlichkeit hatten.

Im Milzsafte endlich konnte ich auch Bacillen vom Aussehen des Bacillus pneumoniae in geringer Zahl auffinden.

Es wurden hierauf vom Eiter der Paukenhöhle, des Processus mastoideus, der Phlegmone, der Nasenhöhle und von der Oedemflüssigkeit der Lunge Agarplattenculturen mit den üblichen Verdünnungen angelegt.

Aus dem Eiter des Processus mastoideus, der Phlegmone und der Nasenhöhle waren nur Colonien einer Art entstanden, welche auf jenen Platten, wo sie grösser werden konnten, jene characteristische viscöse Beschaffenheit annahmen, die den Colonien und Culturen des Bacillus pneumoniae eigen ist, sowie sie auch, gleich den kleineren Colonien, bei einer 80fachen Vergrösserung die für diese Bacterienart ziemlich characteristische, relativ grobe Körnung erkennen liessen.

Das Verhalten in den anderen Nährsubstanzen stimmte ebenfalls mit dem des Bacillus pneumoniae vollständig überein: in Gelatineeprouvetten entstanden exquisit nagelförmige Culturen, auf Agar-Agar grauweisse, viscöse, etwas opalisirende Rasen und auf Kartoffeln üppige, gelbweisse, rahmige Vegetationen mit Entwickelung von Gasblasen. Bei der Anwendung der Gram'schen Methode wurden die Bacillen entfärbt.

Aus dem Eiter der Paukenhöhle waren nebst den Colonien des Bacillus pneumoniae auch noch einige andere entstanden; letztere bestanden aus Coccen, gehörten aber weder dem Streptococcus pyogenes noch dem Staphylococcus pyogenes aureus oder albus, noch dem Diplococcus pneumoniae an. Offenbar handelte es sich bei ihnen um accidentelle, nichtpathogene Bacterien, deren Anwesenheit durch die Perforation des Trommelfelles und Communication der Paukenhöhle mit dem äusseren Gehörgange hinreichend erklärt ist.

Den aus der Oedemflüssigkeit der Lunge entstandenen Colonien schenkte ich eine besondere Aufmerksamkeit, weil ich mich vergewissern wollte, ob neben dem Bacillus pneumoniae nicht etwa auch der Diplococcus pneumoniae vorhanden sei, und dies um so mehr, als in den Deckgläschenpräparaten die kleinsten capselführenden Bacillen in ihrem Aussehen vom Diplococcus pneumoniae nicht sicher zu unterscheiden gewesen waren.

Auf der 1. Platte waren ausserordentlich zahlreiche, ganz dicht stehende und daher sehr kleine Colonien entstanden, von denen die meisten bei einer 80fachen Vergrösserung die für den Bacillus pneumoniae characteristische grobe Körnung und silbergraue Färbung zeigten. Die anderen Colonien waren unregelmässig, bräunlich und hatten keine für eine bestimmte Art sprechenden Merkmale. Colonien mit jenen Merkmalen, wie sie die oberflächlich liegenden Colonien des Diplococcus pneumoniae zeigen, und die für diese Art ziemlich characteristisch sind, konnte ich nicht sehen. Eine Abimpfung war bei der dichtgedrängten Lage der Colonien nicht möglich.

Auf der 2. Platte hatten sich deutlich 3 Arten von Colonien entwickelt. Die eine Art, welche am zahlreichsten vertreten war, erwies sich als der Bacillus pneumoniae. Die 2 anderen Arten, welche wieder

Digitized by Google

nicht die Merkmale der Colonien des Diplococcus pneumoniae zeigten, erwiesen sich bei weiterer Prüfung als nichtpathogene Bacterien.

Nach diesem Resultate lässt sich zwar die Anwesenheit des Diplococcus pneumoniae in der Pneumonie nicht mit voller Sicherheit ausschliessen, da er auf der 1. Platte zufällig in Form von tiefliegenden und daher nicht characteristischen Colonien vorhanden gewesen sein konnte und eine weitere Prüfung durch Abimpfung nicht möglich war. Da aber schon auf der 1. Platte die Colonien des Bacillus pneumoniae weitaus überwogen und die auf der 2. Platte entstandenen fremden Colonien sicherlich nicht dem Diplococcus pneumoniae angehörten, so hätte letzterer im Ganzen doch nur in viel geringerer Menge als der Bacillus pneumoniae vorhanden sein können.

Noch will ich erwähnen, dass auch aus der erkrankten Niere Agarplattenculturen angelegt worden waren, und dass auch hier auf der 1. Platte sehr zahlreiche Colonien des Bacillus pneumoniae (nebst einzelnen Verunreinigungen) sich entwickelt hatten.

Die erhaltenen Reinculturen des Bacillus pneumoniae wurden weiterhin auch noch durch folgende Thierexperimente geprüft.

1) Am 3. Juli 1888 wurde 2 weissen Mäusen von der 2 Tage alten, 2. Generation der auf Kartoffeln gewachsenen und mit sterilisirter Fleischbrühe zu einer milchig aussehenden Emulsion verriebenen Cultur je 0,2 ccm in die Bauchhöhle eingespritzt. Desgleichen wurde von derselben Flüssigkeit 2 Kaninchen je 1 ccm und 1 Meerschweinchen 0,5 ccm in die rechte Brusthöhle injicirt.

Die beiden Mäuse blieben nach der Injection regungslos und wie betäubt liegen und krepirten schon nach 6 Stunden. Bei der Section zeigte sich die Milz etwas angeschwollen, die übrigen Organe (auch der Darm) unverändert. Im Blute und in der Milz waren zahlreiche, kurze Bacillen vorhanden.

Das Meerschweinchen krepirte am nächsten Tage. In beiden Pleurahöhlen war eine ziemlich reichliche, dickschleimige, röthlich gefärbte Flüssigkeit. Beide Lungen fast in ihrer ganzen Ausdehnung verdichtet, dunkelroth und luftleer. Die Milz schien etwas vergrössert zu sein. Im pleuritischen Exsudate waren ausserordentlich zahlreiche, mit breiten und gut gefärbten Capseln versehene Bacillen vorhanden; minder zahlreiche in den Lungen und in der Milz. Die übrigen Organe unverändert.

Die beiden Kaninchen blieben gesund.

2) Am 4. Juli wurden wieder 2 weissen Mäusen von einer 4 Tage alten, 2. Generation, die auf Agar gewachsen und mit Fleischbrühe zu einer sehr dünnen, fast kaum getrübten Emulsion verrieben worden war, je 0,1 ccm in die Bauchhöhle eingespritzt, desgleichen 2 Meerschweinchen je 0,3 ccm in die rechte Brusthöhle.

Die Mäuse blieben wieder nach der Injection bewegungslos liegen und krepirten, die eine 7 Stunden, die andere 8 Stunden nach der Injection. Der Sectionsbefund war derselbe wie das vorige Mal, nur dass bei einer Maus die Milz ganz enorm angeschwollen war. Ueberall viele kurze Bacillen, häufig mit gut gefärbter Capsel.

Von den Meerschweinchen krepirte das eine am nächsten Tage und zeigte bei der Section in beiden Pleurahöhlen und im Herzbeutel eine sehr viscide, grau-weisse, wie glasiger Cervicalschleim aussehende Masse, die fast nur aus capselhaltigen Bacillen bestand; die Lunge etwas ver-

Digitized by Google

dichtet und stark geröthet, die Milz deutlich geschwollen; auch in letzterer zahlreiche Bacillen. Die übrigen Organe unverändert.

Das 2. Meerschweinchen zeigte sich zwar in den nächsten Tagen krank, erholte sich aber später wieder und blieb am Leben.

3) Am 5. Juli wurde bei 2 weissen Mäusen in der Weise experimentirt, dass ich blos die Spitze der Canüle einer Pravaz'schen Spritze in eine, in Fleischbrühe gewachsene Cultur (3. Generation, 2 Tage alt) eintauchte und dann in die Bauchhöhle einstach. Eine von den Mäusen krepirte nach 9 Stunden und bot den gleichen Befund wie die früheren, die andere ging aber erst nach 9 Tagen ein und zeigte insofern einen interessanten Sectionsbefund, als die Nieren in einer eigenthümlichen Weise verändert waren. Sie waren nämlich nicht blos geschwollen und sehr blutreich, sondern zeigten in der Rinde punktförmige, theils einzeln stehende, theils zusammenfliessende, graue, weiche Herde, in denen zahllose, zum Theile innerhalb von Eiterkörperchen liegende Bacillen vorhanden waren. Ausserdem fanden sich auf der Oberfläche des Bauchfelles, in der angeschwollenen Milz und im Blute zahlreiche, mit Capseln versehene Bacillen.

4) Da bei den bisherigen Versuchen die Thiere schon unmittelbar nach der Einverleibung der Culturen oder wenigstens sehr bald darauf schwere Krankheitssymptome gezeigt hatten, so wurden, um die rein toxische Wirkung der Culturen zu erproben, am 7. Juli einer weissen Maus von einer in Fleischbrühe gewachsenen Cultur, die durch einstündiges Kochen im Koch'schen Dampfapparate sterilisirt worden war, 0,5 ccm in die Bauchhöhle eingespritzt. Das Thier zeigte weder unmittelbar nach der Injection noch später irgend welche Störungen und blieb am Leben.

5) Am 17. Juli wurden endlich von einer 3 Tage alten, 4. Generation einer weissen Maus 0,2 ccm unter die Bauchhaut eingespritzt. Das Thier blieb am selben Tage ganz lebhaft und starb erst nach 38 Stunden. Bei der Section war an der Injectionsstelle im subcutanen Bindegewebe eine glasige, wie Cervicalschleim aussehende Masse (ohne Hämorrhagien oder stärkere Injection des Bindegewebes; auch die Lymphdrüsen nicht verändert), welche, obwohl die todte Maus fast 24 Stunden bei Zimmertemperatur gelegen war, nur kurze Bacillen enthielt. Die Milz etwas angeschwollen und die gleichen Bacillen enthaltend. Die übrigen Organe unverändert.

Es ist somit sowohl durch die Culturversuche, als durch das Thierexperiment zur Evidenz erwiesen, dass die in den oben erwähnten Krankheitsproducten aufgefundene Bacterienart der Bacillus pneumoniae war*).

---

*) Von dem Bacillus pseudopneumonicus (Passet[1]) unterscheidet sich unserer durch sein Wachsthum im Impfstiche, von dem capseltragenden Canalbacillus (Mori[2]) durch die Unwirksamkeit bei Kaninchen und vom Proteus hominis capsulatus (Bordoni-Uffreduzzi[3]), an welchen man vielleicht wegen der vielen fadenförmigen Bacillen im Eiter der Paukenhöhle, der Nase und der Phlegmone hätte denken können, vor Allem durch das Aussehen der Kartoffelculturen, ferner durch die geringe Menge von Fäden in den eintägigen Gelatineculturen und endlich durch das Resultat der Thierexperimente.

Digitized by Google

Bei der microscopischen Untersuchung von Schnitten aus dem erkrankten Trommelfelle**) zeigte sich dasselbe fast in seiner ganzen Ausdehnung dicht von Eiterkörperchen durchsetzt, das Epithel auf beiden Flächen theilweise abgängig. Auch in diesen Präparaten konnte man in der das Trommelfell bedeckenden Eiterschicht zahlreiche, häufig mit gut gefärbten Capseln versehene Bacillen nachweisen; letztere fanden sich auch innerhalb der Blutgefässe und des zelligen Infiltrates des Trommelfells.

Auf der Schleimhaut der Nasenhöhle erschien zunächst das Epithel theils zerworfen, theils von Eiterzellen durchsetzt oder verdrängt; auf demselben oder zwischen den Zellen zahlreiche Bacillen. Die Schleimhaut selbst zeigte blos in ihrer oberflächlichen Schicht eine starke, zellige Infiltration; ihre Blutgefässe waren aber überall strotzend mit Blut gefüllt.

Am M. sternocleido-mastoideus war das einhüllende und interstitielle Bindegewebe von einem rein eiterigen Exsudate eingenommen; zwischen den Eiterzellen lag stellenweise ein dichtes Gewirre von Bacillen. Die durch die Eiterkörperchen auseinander gedrängten Muskelbündel zeigten eine der wachsigen Degeneration ähnliche Veränderung.

Im linken unteren Lungenlappen enthielten die Alveolen eine feinkörnige Masse (Serum) mit abgestossenen und angeschwollenen Epithelien und ausserdem die schon oben beschriebenen Bacterien. Auch in den Schnittpräparaten war die Capsel der Bacillen sehr breit, gut sichtbar und färbbar, während an den Coccen keine Capsel wahrzunehmen war; Bacillen wurden auch innerhalb der Blutgefässe vorgefunden.

Die Nieren endlich boten auf Schnitten das histologische Bild einer acuten, parenchymatösen Nephritis dar. Hierbei zeigte sich besonders das Epithel der gewundenen Harncanälchen betheiligt, welches theils geschwollen, theils fettig degenerirt oder necrotisch war. Auch das die Glomerulusschlingen bedeckende Endothel war stellenweise necrotisch und das interstitielle Bindegewebe in der Rinde der Niere zellig infiltrirt. Was die Bacillen betrifft, so konnten sie zwar in fast allen Schnitten gefunden werden, aber in sehr wechselnder Menge; während sie nämlich in vielen Präparaten nur sehr spärlich vorhanden waren, stiess man andererseits wieder auf Stellen, welche sie in grosser Menge enthielten. Sie lagen dann in und zwischen den Glomerulusschlingen, in den die gewundenen Canälchen umspinnenden Capillaren und selbst im Lumen von Harncanälchen.

Dass im vorliegenden Falle die Nephritis mit dem Bacillus pneumoniae zusammenhängt, ist wohl ziemlich sicher. Ob sie aber auf die Anwesenheit der Bacillen in der Niere selbst zurückzuführen oder nur als Effect der von den Bacillen in den Localprocessen (Otitis, Rhinitis, Phlegmone) producirten und in's Blut aufgenommenen, giftigen Körpern anzusehen ist, soll hier nicht erörtert werden.

(Schluss folgt.)

**) Eine eingehende microscopische Untersuchung des betreffenden Gehörorganes, besonders des Labyrinths, wird Prof. Gruber vornehmen und hierüber seiner Zeit berichten.

Digitized by Google

Ueber eine eigenthümliche Form der Entzündung der Nasenmuschel.

Von

Prof. **Schrötter** in Wien.

Trotz der allseitigen Aufmerksamkeit, die man gegenwärtig dem Studium der Nasenkrankheiten widmet, ist unser Wissen über dieselben doch noch ein höchst unvollständiges, und es erscheint daher wünschenswerth, ein hinreichendes casuistisches Material herbeizuschaffen, um allgemeine Ueberblicke zu gewinnen. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, sei die Mittheilung dieses Falles, der eine für mich wenigstens ganz neue Erkrankungsform betrifft, gerechtfertigt.

Bei dem reichen Krankenmaterial, über welches wir verfügen, kommen uns die verschiedensten Formen der Entzündung der Nasenschleimhaut, von der einfachen Coryza bis zu der Entzündung der tiefer gelegenen Gebilde, dem Periost und Perichondrium, hier sogar mit Abscessbildung nicht so selten vor; besonders häufig ist die Theilnahme der Nasenschleimhaut an dem Croupprozesse, bei der gleichzeitigen Erkrankung des Rachens. Auch als alleinige und selbstständige Erkrankung der Nase haben wir sie zu wiederholten Malen beobachtet.

Allein in dem sofort mitzutheilenden Falle handelte es sich um etwas ganz Anderes. Am 30. December 1887 stellte sich der sonst vollkommen gesunde, kräftig gebaute 23jährige Bauzeichner F. L. als Ambulant vor. Er hatte die Weihnachtsfeiertage bei seinen Angehörigen auf dem Lande zugebracht, und fühlte nach einer Schlittenparthie die gewöhnlichen „Schnupfenbeschwerden". Nach Wien zurückgekehrt, wurde er von seinem Arzte an die Klinik gewiesen, der also offenbar auch erkannt haben musste, dass es sich um eine schwerere Erkrankung handle. Die Besichtigung der Nase von aussen zeigte keine Veränderung, die der inneren Nase rechts nur leichte Röthung der Schleimhaut. Um so auffallender war der Befund an der linken Seite. Der ganze Naseneingang war durch eine Geschwulst verlegt, welche eine theils weissliche, theils schwärzliche, missfarbige, feuchtglänzende Oberfläche zeigte. Bei der Berührung mit der Sonde ergiebt sich zuerst eine geringe, nach der Tiefe zu aber eine stärkere Resistenz. Es ist nicht möglich, mit der Pincette etwas abzuheben, obwohl sich sofort bei der ersten Besichtigung der Gedanke an einen necrotischen Prozess aufdrängt. Ebenso ergiebt erst die Untersuchung mit der Sonde, dass die Geschwulst nicht, wie man im ersten Augenblicke denkt, von der unteren, sondern von der mittleren Nasenmuschel ausgeht, indem man sie deutlich vom Septum und der unteren Muschel abheben kann. Die Besichtigung von rückwärts ergiebt nur geringe Röthung, sonst nichts Abnormes. Es wurde mit der galvanocaustischen Schlinge ein bohnengrosses Stück abgetragen, wobei eine ziemlich starke Blutung entstand, dann die Wundfläche mit einem Mentholtampon bedeckt. Während der zwei nächsten Tage war das Aussehen der Geschwulst das gleiche. Am 5. Januar zeigte sich am Septum derselben Seite eine etwa halberbsengrosse, weisslich belegte Ulceration, entsprechend jener Stelle, wo die Geschwulst anlag. Von nun an wurde Watte getaucht in eine Lösung von Aqu. calc., Aqu. dest. āā part. aequal.,

Digitized by Google

eingelegt, und allmählig erfolgte sowohl die Reinigung und Verheilung der erkrankten Stelle des Septums als auch die Verkleinerung der geschwellten Muschel; doch ging der ganze Heilungsvorgang ziemlich langsam vor sich. Er war, als sich der Kranke am 29. Februar der weiteren Beobachtung entzog, noch nicht vollkommen abgeschlossen. Ausser der ersten Operation wurden auch später noch ein paar Stückchen mit der kalten Schlinge abgetragen, in Picrinsublimat gehärtet, in Celloidin eingeschlossen. Die microscopische Untersuchung ergab eine ungemein dichte kleinzellige Infiltration des Gewebes mit oberflächlicher Necrose und Einlagerung von zahlreichen Streptococcen.

Dr. Paltauf machte mit einem Gewebsstückchen und dem Secrete Culturversuche, welche aber nichts Characteristisches ergaben.

Um was handelte es sich also hier? Für Syphilis lag absolut kein Anhaltspunkt vor. Bei Croup oder Diphtheritis habe ich nie eine so bedeutende Schwellung gesehen. Es war absolut kein Fieber vorhanden, keine Schwellung der Submaxillardrüsen, und da eben keine Membranen vorhanden oder abgestossen wurden, so konnte man nur an Diphtheritis denken, wogegen aber wieder die beschränkte Localisation und der Mangel der übrigen Erscheinungen sprach. Nichtsdestoweniger musste man doch bei der Acuität des Auftretens, und bei der Uebertragung der Erkrankung von der Nasenmuschel auf das Septum an eine Infection denken, ohne dass sich aber die Natur derselben erkennen liess. In der Beschäftigung des Kranken war dieselbe nicht zu finden. Es bleibt wohl am wahrscheinlichsten, dass nach der Verletzung der Nasenmuschel, vielleicht mit dem Fingernagel, oder nachdem wirklich ein einfacher Schnupfen vorausgegangen war, ein Infectionsstoff eindrang und die weitere Erkrankung bedingte. Da die microscopische Untersuchung nur einfache Streptococcen ergab und das Resultat des Culturversuches negativ ausfiel, lässt sich über die Natur derselben nichts Bestimmtes aussagen. Jedenfalls muss derselbe ganz eigener Art gewesen sein, indem er so bedeutende locale Erscheinungen und keinerlei allgemeine hervorrief.

Bursa pharyngea und Tonsilla pharyngea.

Von

Dr. **Max Schaeffer** in Bremen.

Nachdem ich die Arbeit von Tornwaldt: „Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea“ (Bergmann, Wiesbaden 1885) sorgfältig durchstudirt und zum Schlusse über die Häufigkeit der Erkrankung der Bursa pharyngea erfahren hatte, dass Tornwaldt unter 1603 Kranken resp. 892 mit einer selbstständigen oder complicirten Erkrankung des Nasenrachenraumes behafteten Patienten 157 Fälle mit Hypersecretion und 45 mit Cystenbildung der Bursa pharyngea behandelt, legte ich mir die Frage vor: „Wie ist es möglich, dass eine so häufige Erkrankung eines nach Luschka u. A. so seltenen Gebildes so lange den vielen rhinoscopirenden Collegen entgangen ist?“

Es wird, wenn Alle es offen eingestehen, ihnen, die das Jahr über einige tausend Mal die Rhinoscopia posterior üben, wie mir ergangen

Digitized by Google

sein. Ich wurde förmlich misstrauisch gegen meine Beobachtungsgabe bei Untersuchungen des Nasenrachenraumes. Ich dachte mir, was ein Anderer so oft sieht, solltest Du doch auch sehen können. Hatte ich früher nur kranke Nasen untersucht, so untersuchte ich jetzt auch gesunde, hatte ich früher einmal hineingesehen, besah ich sie mir jetzt öfter.

Dabei fand ich nun, dass Vieles, was ich früher beobachtet, von Tornwaldt nur anders gedeutet, vielleicht präciser localisirt wurde, wie ich dies später nachweisen werde.

Dass auch andere Collegen nicht an einem Ueberflusse von Beobachtungen der Erkrankung der Bursa pharyngea litten, bewies mir das sparsame Fliessen des sonst oft mächtig anschwellenden Literaturstromes. Es folgten Veröffentlichungen von:

1) Zahn, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXII, pag. 392—399,
2) Keimer, Monatsschrift für Ohrenheilkunde No. 3 u. 4, 1886,
3) Broich, ebenda No. 5 u. 6, 1886,
4) Walb, Bonn 1888,
5) Bloch, Berliner klin. Wochenschrift No. 14, 1888,

in der deutschen Literatur, von Masucci, Luc, Mégevand in der ausserdeutschen.

Mit der grössten Spannung sahen wir Alle wohl deshalb den anatomischen Untersuchungen Schwabach's entgegen und verschlangen auf der Berliner Naturforscher-Versammlung 1886 seine Worte und Präparate mit Begierde. Er demonstrirte in einer Reihe von Präparaten der Tonsilla pharyngea, den Schädeln der verschiedensten Entwickelungsstufen des Embryo entnommen, dass die Bursa pharyngea kein normales Gebilde, wie z. B. die Tonsilla pharyngea sei, und bewies damit, dass sie eine pathologisch-anatomische Abnormität ist.

Damit fiel nicht nur für mich, sondern wohl für alle anwesenden Collegen die grosse Häufigkeit des Vorkommens einer Bursa pharyngea im Sinne Tornwaldt's in sich zusammen.

Das war und ist heute noch meine Ansicht.

Wie kamen aber Tornwaldt u. A. zu ihren Beobachtungen und Schlussfolgerungen?

Seit ich adenoide Vegetationen operire, fragte ich mich: „Was wurde denn früher aus denselben, als sie noch nicht operirt wurden?"

Einige später zu beschreibende characteristische Fälle und die Beobachtung der in den verschiedenen Lebensaltern mit Hypertrophie der Tonsilla pharyngea behafteten Patienten lässt mich Folgendes als bestimmt annehmen:

Die Tonsilla pharyngea atrophirt bei allen Menschen, also auch bei den mit Hypertrophie derselben behafteten, allmählig, um schliesslich bei den meisten fast ganz zu verschwinden. Diese Atrophie, physiologische Involution nannte sie B. Fränkel (Deutsche med. Wochenschrift No. 41 ff., 1884), beginnt mit dem 15. bis 18. Lebensjahre und scheint Ende der 20er, Anfang der 30er Jahre sich zu vollenden. Aber es giebt Ausnahmen, und bei diesen besteht die Tonsilla pharyngea normal oder hypertrophisch viel länger fort (mein ältester operirter Patient zählte 36 Jahre), und ruft entweder als solche noch Erscheinungen hervor, oder es entwickelt sich die eigentlich bei jeder Hypertrophie der Tonsilla pharyngea vorhandene Rhinitis zu hohen Graden, geht mit

Digitized by Google

Borkenbildung einher oder die Involution der Tonsilla pharyngea selbst bedingt bei zu langsamem Vorsichgehen dieses physiologischen Processes verschiedene Erkrankungen derselben, wie wir sie an anderen sich involvirenden Organen auch beobachten.

Und diese Erkrankungen localisirt Tornwaldt in die Bursa pharyngea allein.

In dieser Beziehung können wir ihm nur dankbar sein, dass er unsere Aufmerksamkeit in erneutem und noch höherem Maasse als bisher auf die Wichtigkeit der Tonsilla pharyngea gelenkt hat, damit wir sie in allen Lebensaltern genau beobachten und ihre Erkrankungen etc. registriren.

Wie kommt aber Tornwaldt zu den wirklichen Sondirungen seiner Bursa pharyngea?

Darüber hat uns Schwabach an seinen Präparaten aufgeklärt, der uns verschiedentliche Ueberbrückungen des Recessus der Tonsilla pharyngea auch im kindlichen Alter schon zeigte.

Mich hat aber nachträglich von der Richtigkeit der Tornwaldtschen Sondirungen von Gängen und Höhlen in praxi die mit dem Gottstein'schen Ringmesser jetzt von mir fast ausschliesslich geübte Operation der Hypertrophia tonsillae pharyngeae überzeugt. Es gelingt mit diesem Instrumente, namentlich bei älteren Kindern, die Entfernung der Tonsilla pharyngea in toto meist in 1 Stück, und habe ich sehr schöne Präparate damit gewonnen.

An diesen fällt gleich

1) die Längsfurchenbildung auf, oft 4 — 6 Furchen an einer Tonsille,

2) die Theilung bei den meisten in zwei Haupthälften, in der Mitte den Recessus medius als tiefste Furche bis zu 1 Ctm. Tiefe und einige Ctm. Länge zeigend.

Eine zapfenartige Beschaffenheit der hypertrophischen Tonsilla pharyngea, wie man dieselbe bei Störk und Bresgen abgebildet sieht, gehört bei uns in Norddeutschland wenigstens zu den grössten Seltenheiten. Ich war deshalb verwundert, wie eine Operation dieses mehr breitbasigen flachen Gebildes von vorn durch die Nase mit der Schlinge vorgeschlagen und empfohlen wurde. Bei ganz kleinen Kindern ist die Gewebsmasse allerdings sehr weich, so dass sich eine Schlinge zwischen die einzelnen Lappen hineindrücken lässt. Dem steht aber eine um so grössere Enge der Nasengänge der Kleinen gegenüber, welche durch die begleitende Rhinitis noch vermehrt wird. Bei Erwachsenen aber würden die Theile, welche höher als die Choanen sitzen, nicht entfernt werden können, und welche Wichtigkeit diese oft gerade besitzen, werden einige Krankengeschichten weiter unten beleuchten. Ich habe auf diese Verhältnisse bereits früher („Chirurgische Erfahrungen", Bergmann, Wiesbaden 1885) aufmerksam gemacht, und dieselben damals als das Resultat klimatischer Einflüsse möglicher Weise angesehen. Die consequente Construirung aller neueren Instrumente aber für eine Operation vom Munde aus und Bresgen's Bekehrung zum Hartmann'schen Instrumente zeugen mir für die richtige Auffassung der Verhältnisse meinerseits schon damals.

3) Ist öfter nicht nur dieser Recessus medius bis auf 2 Ctm.

Digitized by Google

Länge überbrückt, sondern öfter auch in geringerem Maasse die seitlichen wenigen tiefen Längsfurchen.

4) Ausser Furchen sehen wir Lacunen in der Tonsilla pharyngea wie an den zerklüfteten Gaumenmandeln, die kleine Höhlen bis zu Erbsengrösse bei der Sondirung vortäuschen können und jedenfalls auch zu einer Cystenbildung (sog. Retentionscysten) in der Tonsilla pharyngea Anlass geben können. Aus diesen Lacunen entleeren sich ebenso wie aus denen der Gaumentonsillen gelbe, schmierige, kleinkugelige, übelriechende Secretmassen, oder das eingedickte Secret wird als Mandelstein ausgestossen. Diese Erkrankung trotzt fast jeder Behandlung ohne gleichzeitige Operation.

5) Entzündet sich die Tonsilla pharyngea, dann sehen wir, dass das vermehrte Secret leicht in den Furchen haften bleibt, sich eindickt und zu der muschelförmigen Borkenbildung an der Basis cranii Veranlassung giebt, oder es dringt eitriges Secret in grossen Mengen aus den Furchen, Höhlen hervor, bedeckt die Tonsilla pharyngea, fliesst an der hinteren Rachenwand herab und giebt zu verschiedenen Erkrankungen dieser Veranlassung (Pharyngitis sicca atrophicans und Pharyngitis granulosa.)

Sitzt die Tonsilla pharyngea mehr nach vorn zu über den Choanen, so sieht man ihre Längsfurchen deutlich nach diesen hin verlaufen. Hier ergiesst sich das Secret zwischen die mittlere und untere Nasenmuschel und giebt dort bei Hypersecretion der Tonsilla pharyngea leicht zu Borkenbildung Veranlassung. In solchen Fällen ist die Entfernung der Tonsilla pharyngea auch dann indicirt, wenn dieselbe sonst keine weiteren Erscheinungen hervorruft. Denn nur so gelingt es uns, die lästige Borkenbildung zu beseitigen. Reissen sich diese Borken plötzlich los, so entstehen oft heftige Blutungen aus der entzündeten Tonsilla pharyngea, und hat mir schon oft die Rhinoscopia posterior über den Sitz einer vermeintlichen Lungenblutung genauen Aufschluss gegeben.

6) Dazu kommt noch die Verschiedenheit in der Ausdehnung der Tonsilla pharyngea. Zum Oefteren beobachtete ich, dass sich die adenoiden Vegetationen bis zur Höhe des Gaumensegels und darunter an der hinteren Rachenwand herabstreckten. Treten hier nun die Längsfurchen eventuell mit Ueberbrückung oder Höhlen soweit herunter, dann können sie leicht als Bursen imponiren und sondirt werden. Tornwaldt ist somit im Rechte, wenn er behauptet, seine Beobachtungen seien richtig resp. er habe wirklich Höhlen sondirt. Nur glaube ich, dass solche an der Basis cranii und tiefer liegende Höhlen nicht als Bursae pharyngeae im Sinne Luschka's anzusehen sind.

Wenn wir uns nämlich Tafel VIII der Abbildungen in Luschka's „Schlundkopf des Menschen" ansehen, so finden wir, dass die Bursa pharyngea unter das Ende des seitlichen Recessus Rosenmülleri herabreicht, dieselbe also an der Grenze des Daches und der hinteren Wand des Pharynx zur Aussenseite der Pars basilaris des Hinterhauptbeines emporsteigt. Luschka sagt ausdrücklich: „die Bursa pharyngea liegt zwischen Knochen und Tonsilla pharyngea eingebettet und erstreckt sich dieselbe von unten nach oben und vorn".

In den vorher von mir beschriebenen Gebilden hat man aber immer die Tonsilla pharyngea vor sich, sei es im jüngeren Alter noch in toto,

Digitized by Google

sei es bei älteren Individuen mit in der physiologischen Involution begriffenen oder nach derselben zurückgebliebenen Theilen.

In solchen Fällen, und viele von Tornwaldt's Fällen lassen sich als solche direct auffassen, ist der Irrthum natürlich und um so verzeihlicher, je weniger Ueberreste von der Tonsilla pharyngea noch vorhanden sind. Es könnte sich hier nur darum handeln, ob wir diese Gänge, Höhlen als Bursae pharyngeae bezeichnen wollen, wie es Tornwaldt nach meiner Ansicht bereits gethan hat.

Ich werde aber durch meine Krankengeschichten nachweisen, dass ich an der von Luschka be- und gezeichneten Stelle, an der senkrechten Wand des Rachens wirklich einige Mal einen Hohlgang getroffen, der von unten nach oben zu sondiren war, und eine Cyste von dort entfernte. Diese Fälle sind also genau zu unterscheiden von den vorigen, und wird Tornwaldt, ebenso wie ich und die anderen Autoren, einige solche Fälle unter seinen vielen verzeichnet haben.

„Etwas höher als das Gaumensegel ragt ein einige Millimeter dicker, bis markstückgrosser Wulst über die Oberfläche der Schleimhaut der hinteren Rachenwand hervor; seine Oberfläche ist leicht rissig, blutet bei Berührung oft leicht, ist mit zähem Schleim oder Borken von verschiedener Mächtigkeit bedeckt, welche sich je nachdem auf die Umgebung fortsetzen. In diesem Wulste ist öfter eine kleine Höhle, ein Gang zu sondiren. In diesen Fällen fand ich das Cavum pharyngeum vollständig frei von Resten der Tonsilla pharyngea, und möchte ich deshalb dieses Gebilde als Bursa pharyngea im Sinne Luschka's ansprechen." — Jedoch glaube ich nicht, dass alle solche Gebilde angeboren waren, vielmehr halte ich sie grösstentheils für ein Product pathologischer Processe. Die Beobachtung Lehmann's einer angeborenen Cyste der Bursa pharyngea (Archiv für klinische Chirurgie, 37. Bd., 1. Heft, 1888) lässt dieselbe unmittelbar hinter der Uvula erscheinen; sie war mit Cylinderepithel ausgekleidet, und wäre dieser Befund jedes Mal ein beweisendes Moment für eine wirkliche Cyste der Bursa pharyngea.

Da ich diese Ausstülpung der Schleimhaut bis jetzt nie in den seitlichen Recessus Rosenmülleri angetroffen, aus denen ich einige Mal grosse Massen adenoiden Gewebes entfernt habe, so halte ich mich für berechtigt, in den betr. Fällen eine wirkliche Bursa pharyngea im Sinne Luschka's anzunehmen. Ob freilich nicht auch diese aus ich möchte sagen verirrtem adenoiden Gewebe schliesslich sich doch gebildet haben, wäre auch nach Luschka's Beschreibung der Bursa pharyngea nicht vollkommen von der Hand zu weisen, und sind auch Mégevand's Ausführungen für mich nicht Ausschlag gebend.

Die Fälle, welche ich im Auge habe, können durch die einfache Rhinoscopia posterior nicht diagnosticirt werden. Am leichtesten gelang die Diagnose, wie Tornwaldt richtig angiebt, dadurch, dass man mit dem Voltolini'schen Gaumenhaken, dessen Anwendung den Patienten allerdings kein besonderes Vergnügen macht, das Gaumensegel nach oben und vorn zieht. Man beleuchtet die betreffende Gegend dann entweder direct, oder bei höherem Sitze des Gebildes benutzt man einen Kehlkopfspiegel oder Doppelspiegel, und gelingt es, auf diese Weise sich die Verhältnisse klar zu machen.

Walb's Vergrösserungsspiegel sind viel zu gross, sie verdecken

Digitized by Google

eine eventuell vorhandene Bursa vollständig mit ihrer Rückseite, während man mit ihnen sehr gut die Erkrankungen der Tonsilla pharyngea diagnosticiren kann.

Dass wir es bei einer grossen Zahl von Tornwaldt's Fällen, deren Hauptsymptom in einer muschelförmigen Borkenbildung an der Basis cranii besteht, mit pathologischen Veränderungen in der Tonsilla pharyngea zu thun haben, dafür spricht noch ein weiterer Umstand, der namentlich aus Bloch's und Walb's Krankengeschichten hervorgeht. Walb hat eine Erkrankung der sogen. Bursa pharyngea nur bei Individuen über 16 Jahren beobachtet, und Bloch schickt seinen Auseinandersetzungen ausdrücklich voran, dass auch er nur bei älteren Individuen ein Vorkommen solcher Erkrankungen gesehen, und fügt denselben zum Schlusse seine Ansicht bei, dass dieselben wohl als Erkrankungen der Tonsilla pharyngea und deren Producte angesehen werden könnten.

Ich komme nach dem Vorausgeschickten zu folgenden Schlusssätzen:

1) Die Bursa pharyngea im Sinne Luschka's u. A. kommt entweder angeboren als seltene anatomische Abnormität vor oder ist später entstanden als ein Product pathologischer Processe aufzufassen. Die Beobachtung Lehmann's drängt zu der Annahme, dass selbst die von ihm beobachtete angeborene Cyste der Bursa pharyngea als solches angesehen werden muss.

Es wird von mir also weder das wirkliche Vorkommen einer Bursa pharyngea noch ihre Erkrankung und namentlich Neigung zur Cystenbildung geläugnet.

2) Die grosse Mehrzahl der Fälle von Bursa pharyngea, wie sie von Tornwaldt u. A. beobachtet und beschrieben wurden, sind pathologische Producte, von Erkrankungen der Tonsilla pharyngea herrührend.

3) Ich sehe keinen Grund, warum man die Erkrankungen in diesen meist aus dem Recessus medius der Tonsilla pharyngea hervorgegangenen Hohlräumen und Gängen zur Vereinfachung der Nomenclatur nicht mit Bursitis bezeichnen könnte.

4) Die Behandlung dieser Bursitis allein giebt oft negative Resultate, so dass die Ursache der betreffenden Begleiterscheinungen in ihr allein nicht gesucht werden kann, und ist nach meiner Ueberzeugung die Bedeutung und Wichtigkeit derselben in vielen Fällen von Tornwaldt überschätzt.

Verschiedene, characteristische Fälle betreffende Krankengeschichten dürften die Richtigkeit meiner Ansichten beweisen:

I. Mangelhafte physiologische Involution der Tonsilla pharyngea.

Frau O., 45 Jahre alt, kam 1883 zu mir mit allgemeinen Klagen über einen chronischen Nasenrachencatarrh. Namentlich aber, hob sie hervor, belästige sie ungemein die Entfernung einer eingetrockneten, festen, zähen Masse, die sich in verschiedenen Zeiträumen oben in der Nase loslöse und durch den Rachen in den Mund gelange. Sie brachte mir mehrmals diese Borke mit, es war die muschelförmige Borke, wie sie Tornwaldt beschreibt. Am Dache des Cavum pharyngo-nasale sah man nach der Mitte zu nach gewaltsamer Entfernung der dort haftenden Borke eine grobkörnige, zerklüftete Gewebsmasse, die

Digitized by Google

bei Berührung leicht blutete. Sie sass an der Stelle, die sonst die Tonsilla pharyngea einnimmt. Da Pinselungen mit meinen Jodkalijodglycerinlösungen, Aetzungen mit Argent. nitric. in Substanz nicht halfen, entfernte ich die Gewebsmassen mit meinem flachen Galvanocauter. Unter zweckentsprechender Nachbehandlung schwanden sämmtliche Beschwerden und konnte Patientin nach einigen Monaten geheilt entlassen werden. Das früher bestandene Druckgefühl im Kopfe hatte sich völlig verloren.

Das ist nur ein typischer Fall, herausgegriffen aus einer Menge ähnlicher, die theilweise eben so gut verliefen, bei denen aber oft die begleitende Rhinitis, Pharyngitis sicca grösseren Widerstand der Behandlung entgegensetzten.

II. Erkrankungen der Tonsilla pharyngea.

1) Herr K., 23 Jahre alt, kam wegen Nasenverstopfung zu mir. Die Schleimhaut der unteren Muscheln war hyperplastisch entartet. An den mittleren Muscheln sassen Borken, ebenso im Cavum pharyngeo-nasale. Nach Entfernung der letzteren sah man aus den Längsfurchen der bereits bedeutend involvirten Tonsilla pharyngea dickes, grüngelbes Secret hervorquellen. Die Tonsilla pharyngea war also nicht hypertrophisch. Trotzdem war die Entfernung ihrer Reste zur Beseitigung der Erkrankung geboten. Ich that dies mit dem Galvanocauter. Die unteren Muscheln wurden mit Chromsäure (ich verwende eine Lösung von 1 : 2 Aqua auf Watte an einem Metallstabe) geätzt, die begleitende Pharyngitis sicca mit 50 pCt. Milchsäurelösung behandelt. Dazu wurden Ausspülungen mit schwacher Solutio alumin. acetico-tartaric. vorgenommen. (Ich verwende von einer 20—30pctgn. Solutio 10—15 gutt. auf ½ Liter Wasser). Innerlich wurde Jodkalium verabreicht. Patient konnte nach ¼ Jahr geheilt entlassen werden.

2) Fräulein H., 16 Jahre alt. Wenn man die Nase nur von vorn untersuchte, konnte man glauben, es handle sich um eine Ozaena atrophicans. An den mittleren Muscheln war bedeutende Borkenbildung vorhanden, die zu Foetor Veranlassung gab, wenn sie längere Zeit nicht entfernt werden konnte. Die Rhinoscopia posterior ergab: die Tonsilla pharyngea leicht hypertrophisch, nicht in der Mitte der Basis cranii, sondern mehr nach vorn, dem Septum zu und in die Choanen herunter sich erstreckend, deutlich ausgeprägte Längsfurchen, die sich nach vorn in die Choanen zogen, so dass das Secret der offenbar chronisch entzündlich erkrankten Tonsilla pharyngea sich auf die mittleren und unteren Muscheln ergoss und dort zu Borken eintrocknete. Die sonst bei adenoiden Vegetationen noch vorhandenen Erscheinungen fehlten vollständig. Trotzdem entfernte ich mit dem Gottstein'schen Ringmesser die Tonsilla pharyngea und liess fleissig die Nase mit obiger Lösung ausspülen. Nach einigen Wochen schon waren alle lästigen Symptome verschwunden.

3) Frau U., 29 Jahre alt. Seit dem 18. Lebensjahre hat Patientin an Nasenverstopfung durch Borken zu leiden, die durch Eiterentleerung aus der Tonsilla pharyngea auf den mittleren und unteren Muscheln sich bildeten.

Am 23. Juni d. J. operirte ich die Frau mit dem Gottstein'schen Ringmesser und heute, am 27. Juli, konnte ich Patientin bei der zweiten

Digitized by Google

Untersuchung vollständig geheilt entlassen. Das Cavum pharyngo-nasale war vollkommen glatt anzusehen und secernirte sehr wenig normalen Schleim.

Mit allen früher von mir geübten Operationsmethoden habe ich nie so vollständig und schön, noch dazu in einer Sitzung, die Tonsilla pharyngea entfernen können, als mit diesem Instrumente.

III. Ausstossung von Mandelsteinen aus der Tonsilla pharyngea.

1) Lehrerin S., 39 Jahre alt, leidet an einer Pharyngitis granulosa, ferner an Bildung von Mandelsteinen in den Gaumentonsillen.

Nachdem diese Erkrankungen gehoben waren, kam Patientin mit der Klage zu mir, es kämen jetzt kleinkörnige, oft gelb, oft dunkel aussehende, sehr übelriechende Massen hinter dem Gaumensegel herunter.

Die Rhinoscopia posterior ergab, dass an Stelle der Tonsilla pharyngea im Cavum nur noch eine Verdickung der Schleimhaut vorlag. Trotzdem ich die Stelle mit dem flachen Galvanocauter energisch öfters ätzte, verloren sich diese Erscheinungen nicht vollständig. Hier führten Ausspülungen mit einer leichten Natr. carbonic.-Lösung zur Besserung. Mandelsteinbildung zeigt sich nur noch bei Catarrhen und zur Zeit der Menses.

2) Herr W., 29 Jahre alt, kam mit gleichen Klagen zu mir; verbunden mit der Ausstossung gelbkörniger Massen war ein heftiger Kopfschmerz im Hinterhaupte. Patient war 1881 syphilitisch.

Man sieht im Cavum die Tonsilla pharyngea involvirt, stark zerklüftet und kann mit dem Pinsel das beschriebene Secret herausdrücken.

Aetzungen mit 50 pCtgr. Milchsäurelösung bei innerlicher Verabreichung von Ricord brachten alle Erscheinungen zum Verschwinden.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auf die günstige Wirkung einer 30—50 pCtgn. Milchsäurelösung aufmerksam machen; ich verwendete sie in den letzten Jahren häufig mit bestem Erfolge bei hartnäckigen Fällen von Pharyngitis sicca und atrophicans.

Bei den folgenden Krankengeschichten möchte ich ein besonderes Gewicht darauf legen, dass in diesen Fällen das Cavum pharyngo-nasale sich vollständig frei auch von Resten der Tonsilla pharyngea erwies. Es liesse diese Beobachtung namentlich dem Gedanken Raum, dass es sich auch bei diesen Bursae pharyngeae schliesslich um weiter nach hinten und unten gerücktes, wie ich oben es bezeichnete, verirrtes adenoides Gewebe handelte.

IV. Bursa pharyngea mit negativem Erfolge behandelt.

1) Fräulein H., 32 Jahre alt, leidet seit Jahren an chronischer Rhinitis foetida mit Pharyngitis atrophicans.

Bei ihr gelang es mir (1885) eine kleine Höhle in der Schleimhaut der Mitte der hinteren Pharyngealwand aufzufinden und zu sondiren. Ich zerstörte dieselbe energisch mit dem spitzen Galvanocauter.

Das Endresultat war ein negatives. Im Cavum war keine Spur adenoiden Gewebes vorhanden.

2) Landmann M., 45 Jahre alt (1885), hatte eine sehr starke Pharyngitis granulosa. Nachdem die lateralen Wülste und die Granula in der Mitte galvanocaustisch zerstört waren, blieben die Beschwerden, Druck im Halse, Schmerzen beim Leerschlucken über ein Jahr weg. Doch kam Patient mit denselben Klagen wieder.

Das Cavum erwies sich vollkommen frei; die frühere Pharyngitis

Digitized by Google

granulosa war nicht recidivirt. Dagegen konnte ich an der hinteren Rachenwand und noch über Gaumensegelhöhe mit Benutzung von Voltolini's Gaumenhaken eine kleine wulstförmige Erhabenheit entdecken, deren Aushöhlung ich nach oben zu sondiren konnte. Ich zerstörte sie mit dem Galvanocauter, aber die Secretion änderte sich nicht, die Beschwerden blieben eine Zeit lang weg, um später wiederzukehren. Patient wurde hypochondrisch. Erst eine Harzreise und ein mehrmaliger Aufenthalt an der See liessen alle Beschwerden schwinden.

3) Fräulein H., 24 Jahre alt, Soubrette, bot das Bild einer chronischen Rhinitis hyperplastica mit einfacher Pharyngitis dar.

Dieselbe hatte schon verschiedene Curen durchgemacht, weil sich allmählig eine sehr schnelle Ermüdung ihrer Stimme bemerklich gemacht hatte.

Der Larynx war vollkommen frei. Die Sprache klang sehr nasal, die Athmung durch die Nase war oft aufgehoben.

Ich beseitigte die Hyperplasie der Nasenschleimhaut mit dem Galvanocauter. Trotzdem wurde die Stimme nicht kräftiger.

Ich fand weiter an der hinteren Rachenwand gegen das Dach zu einen Wulst mit einer seichten Grube, kleinbohnengross. Das Cavum sonst frei.

Nachdem ich diesen Wulst vollständig zerstört, hofften wir vergeblich auf Besserung und musste Patientin damals die Bühne verlassen.

4) Frau H., 30 Jahre alt (1886), leidet an Pharyngitis sicca mit riesiger Borkenbildung. Cavum ganz frei.

Bei ihr konnte ich eine seichte Höhle an der hinteren Rachenwand nach oben zu sondiren. Nach der Ausätzung derselben hat sich die Pharyngitis sicca aber nicht mehr gebessert, als ich es sonst gefunden habe.

V. Von wirklich auffallendem Erfolge war aber die galvanocaustische Zerstörung der Bursa pharyngea bei folgenden Fällen, die ich, um nicht zu ermüden, möglichst kurz geben will:

1) Fräulein B., 28 Jahre alt. Chronische Rhinitis hyperplastica mit galvanocaustischen Aetzungen geheilt.

Ebenso Bursa pharyngea mit verdickten Wandungen an der hinteren Rachenwand in Gaumensegelhöhe durch einmalige Aetzung mit meinem flachen Galvanocauter geheilt. Cavum sonst frei.

2) Frau H., 32 Jahre alt, Entzündung der Bursa pharyngea an der hinteren Rachenwand, mit Eiterung in derselben einhergehend. Schmerzen zwischen den Schulterblättern. Cavum sonst frei.

In einer Sitzung mit dem Galvanocauter zerstört. Heilung und Schwinden obiger Beschwerden.

3) Frau B., 29 Jahre alt. Pharyngitis granulosa media. Entzündung der Bursa pharyngea. — Schmerzen im Brustbeine. — Erstmalige Aetzung mit dem Galvanocauter führte nicht zum Ziele; ich spaltete die Bursa mit dem Messer und ätzte nachträglich galvanocaustisch. Heilung nach 2 Monaten. Patientin war durch die Erkrankung sehr herabgekommen; sie erholte sich nach Beseitigung der Bursa vorzüglich. — Cavum war frei gewesen.

4) Mädchen G., 15 Jahre alt, litt an Ozaena. Ausserdem war eine Hypersecretion der Bursa pharyngea vorhanden. Energische Aetzungen mit Argent. nitric., an einer Silbersonde angeschmolzen und in die Höhlung eingeführt, beseitigten letztere.

Digitized by Google

5) Frau M., 48 Jahre alt. Chronische Rhinitis hyperplastica, Pharyngitis sicca, durch Eiterung aus einer kleinen Bursa pharyngea entstanden und unterhalten. Aetzungen mit dem Galvanocauter beseitigten die Erscheinungen in 3 Sitzungen bis auf eine leichte Pharyngitis, welche ich 1 Jahr später noch constatiren konnte.

6) Dienstknecht R., 31 Jahre alt. Man konnte die Oeffnung der Bursa pharyngea deutlich sehen, wenn man das Velum molle mit Voltolini'schem Gaumenhaken in die Höhe hob und nach vorn zog. Man konnte eiterige Schleimpfröpfe aus derselben herausdrücken. Krustenbildung an der hinteren Pharynxwand. Patient spürte ein Klopfen im Halse. Cavum frei. 2 Mal mit dem Galvanocauter eingegangen und ausgeätzt. Das Klopfen im Halse verlor sich schon nach der ersten Aetzung. Patient kam 1 Jahr später wegen acuter Laryngitis zu mir und konnte ich den Bestand der völligen Heilung constatiren.

7) Herr A., 19 Jahre alt. Nachdem hypertrophische Gaumentonsillen, die hypertrophische Tonsilla pharyngea entfernt waren, kam noch eine cystisch vergrösserte Bursa pharyngea zum Vorschein, welche mit dem Galvanocauter zerstört wurde. Patient wurde in 5 Sitzungen von allen diesen seinen Erkrankungen befreit.

Dieser Fall zeigt so recht, dass die Bursa pharyngea im Sinne Luschka's eben wo anders liegt, als die adenoiden Vegetationen, wenn ich einen eventuellen Zusammenhang mit denselben auch durchaus nicht läugnen möchte.

8) Junge L., 13 Jahre alt. Zwischen den grossen Granulis einer Pharyngitis granulosa media, die sich hoch nach oben erstreckt, lag die Oeffnung der Bursa pharyngea. Cavum sonst frei. Die ganze Erkrankung wurde durch energische galvanocaustische Aetzungen in 2 Sitzungen beseitigt und Patient geheilt entlassen.

9) Mädchen B., 14 Jahre alt. Patientin litt an einem chronischen Nasenrachencatarrh mit Borkenbildung ohne Foetor; Pharyngitis sicca. Auf der Mitte der hinteren Pharynxwand, höher als die Uvula, begann ein dicker Wulst, der sich weiter nach oben und vorn zu an die Basis cranii erstreckte. Cavum sonst frei. Mit spitzem Galvanocauter gelangte ich in eine seichte Höhle. Ich ätzte dieselbe zuerst nur aus. Als ich nach einiger Zeit keinen Erfolg davon sah, ätzte ich mit meinem flachen Galvanocauter den ganzen Wulst weg. Heilung konnte ich $^3/_4$ Jahre später noch constatiren.

Die Rhinitis mit Borkenbildung schien in diesem Falle von der Hypersecretion der Bursa pharyngea herzurühren.

10) Fräulein L., 27 Jahre alt. Patientin litt an einer Pharyngitis sicca, deren Entstehung ich auf Entzündung einer allerdings sehr seicht nur zu sondirenden Bursa pharyngea zurückführte. Zerstörung der letzteren mit dem Galvanocauter liess wenigstens die früher starke Borkenbildung aufhören, wenn auch die sonstigen Erscheinungen erst nach längerer Behandlung zurückgingen. Cavum sonst frei.

11) Fräulein L., 17 Jahre alt. Patientin kam mit chronischer Rhinitis atrophicans foetida zu mir. Die rechte mittlere Muschel war blasenartig aufgetrieben; breiter Nasenrücken. Von hinten war eine starke Eiterung aus einer seichten Grube an der hinteren Pharynxwand zu beobachten. Cavum sonst frei.

Durch das Ozaenasecret hatte offenbar eine Infection in der hier vorhan-

Digitized by Google

denen Bursa pharyngea stattgefunden. Die Ozaena wurde durch Tamponade etc. fast ganz beseitigt. Die blasenförmige Anschwellung der rechten mittleren Muschel schwand nach Durchbohrung derselben mit dem spitzen Galvanocauter. Die Bursa pharyngea wurde mit Chromsäure ausgeätzt.

Heute, nach 1½ Jahren, ist Patientin als fast vollständig geheilt zu betrachten.

VI. Cyste der Bursa pharyngea.

Fräulein G., 19 Jahre alt (1886), litt seit länger an Husten mit eitrigem Auswurf, so dass die Eltern eine Erkrankung der Lungen befürchteten. Patientin war sehr anaemisch, appetitlos.

Die Lungenuntersuchung ergab einen negativen Befund. Bei Besichtigung der Mundhöhle sah man eine blassröthliche Geschwulst hinter dem Zapfen aus dem Cavum herunterragen. Die Geschwulst fühlte sich glatt, elastisch an und bei Druck auf dieselbe floss reichlich Eiter über den Finger. Die Geschwulst konnte von hinten und oben nicht umgriffen werden, nur nach vorn zu war sie nicht adhärent; sie hatte die Grösse eines Borsdorfer Apfels.

Ich stellte die Diagnose auf Cyste der Bursa pharyngea. Ich ging mit Michael's Doppelhohlmeisselzange in die Höhle und entfernte damit die Cyste vollständig. Während der Operation sank die Cyste durch reichliche Eiterentleerung zusammen, so dass nur eine Art Balg entfernt wurde.

Da trotzdem das Cavum sich als nicht durchgängig erwies, rhinoscopirte ich und constatirte weiter das Vorhandensein einer bedeutenden Hypertrophie der Tonsilla pharyngea von Wallnussgrösse. Mit demselben Instrumente entfernte ich auch diese, so dass das Cavum vollständig frei wurde.

War bei und nach der Operation die Blutung eine geringe, so erfolgte doch eine solche sehr heftig Nachts, so dass ich gezwungen war, das ganze Cavum pharyngo-nasale zu tamponiren, was ich natürlich vom Munde aus nur mit den Fingern that.

Patientin genas vollständig. Der Husten mit Eiterauswurf sistirte von dem Momente der Entfernung der Cyste.

Also auch hier waren adenoide Vegetationen neben der Cyste der Bursa pharyngea vorhanden.

Die letzte Krankengeschichte giebt genauen Anhalt für den Sitz der Bursa pharyngea nach hinten unten von der Tonsilla pharyngea und kann sich höchstens unter derselben nach oben und vorn erstrecken.

Dass die Bursa pharyngea aber ein seltenes, abnormes Gebilde ist, möchten diese wenigen Fälle beweisen, die sich auf ca. 6000 Nasenkranke in den letzten drei Jahren vertheilen.

Ebenso scheinen die selbstständigen Erkrankungen der Tonsilla pharyngea nicht häufig zu sein, wenn man von ihrer Hypertrophie absehen will, deren ich über 600 in den letzten 10 Jahren entfernt habe. Diese Operationen der adenoiden Vegetationen vertheilen sich natürlich auf eine entsprechend höhere Zahl von Nasenkranken, als die Beobachtungen von dem Vorkommen der Bursa pharyngea, da ich erst in den letzten Jahren nach dem Erscheinen von Tornwaldt's Arbeit dieser mehr Aufmerksamkeit schenkte. Die vorliegende Arbeit hatte ich bereits vor einem Jahre vollendet; ich liess sie absichtlich liegen, um durch weitere genaue Beobachtungen an einem grösseren Materiale mich von der Richtigkeit meiner Ansichten überzeugen zu können.

Digitized by Google

Auf die Auseinandersetzungen zwischen Tornwaldt, Schwabach und Bresgen weiter einzugehen, fühlte ich mich nicht veranlasst, da ich an der Hand der Thatsachen die Richtigkeit der verschiedenen Behauptungen prüfen wollte.

Die Beobachtungen Tornwaldt's regten mich trotz der Präparate Schwabach's, des Negirens Bresgen's an, die mir sehr wichtig erscheinende Frage einer erneuten, gewissenhaften und sorgfältigen Prüfung zu unterziehen und durch weitere Beobachtungen in praxi am Kranken bin ich dabei zu obigen Resultaten gekommen, welche hoffentlich recht bald von berufener Seite ihre weitere Bestätigung erfahren.

Bremen, 28. Juli 1888.

Erwiderung

an Herrn Dr. Brockmann von Dr. J. Gottstein.

In Nummer 6 d. Monatsschrift berichtete Herr Dr. Brockmann, dass bei Benutzung der von mir angegebenen Röhrenzange behufs Entfernung einer Neubildung aus dem Kehlkopfe eine Branche des Instruments abgebrochen sei und warnt davor, die Zange da anzuwenden, „wo irgend welche Kraft entwickelt werden muss".

Ich könnte mich begnügen, zu versichern, dass selbst bei jahrelangem häufigen Gebrauch eines und desselben Instruments mir niemals ein gleicher Zufall wie Herrn Brockmann zugestossen ist und dass weder Herrn Instrumentenmacher Haertel noch mir irgend eine Beschwerde über die leichte Zerbrechlichkeit der Zange zu Gehör gekommen ist; ich könnte mich auch begnügen, auf die freundliche und zweifellos richtige Bemerkung Voltolini's hinzuweisen, „dass man bei allen Stahlinstrumenten daran denken muss, dass sie leicht durch Rost zerstört werden und abbrechen", und dass demnach, wie wir hinzufügen, jeder Operateur verpflichtet ist, vor dem Gebrauch solcher Instrumente ihre Haltbarkeit zu prüfen. — Um indess Herrn Dr. Brockmann's Vorwurf zu entkräften, habe ich mir angelegen sein lassen, festzustellen, welche Kraft die Zange ohne Schädigung ihrer Theile verträgt.

Der Versuch wurde durch Herrn Haertel in folgender Weise ausgeführt: Die beiden Ringe des Zangengriffs wurden durch einen Faden miteinander verbunden, der Faden selbst mit einem Gewicht belastet und nun geprüft, wie schwer diese Belastung sein kann, um ohne Schaden für das Instrument eine in das „Maul" der Zange gebrachte runde Bleifeder zu fassen und festzuhalten. Es stellte sich hierbei heraus, dass selbst bei den von mir seit Jahren in Gebrauch gewesenen Zangen die Belastung 4,5 Kilogramm sein konnte, ohne dass irgend ein Theil der Instrumente Schaden erlitt.

Es bedarf wohl keines Beweises, dass wir bei unseren endolaryngealen Operationen niemals in die Lage kommen, einen Gegenstand von der Härte einer Bleifeder mit einer Kraft zu fassen, die dem Gewichte von 4,5 Kilogramm entsprechen würde.

Wir glauben, dass Herr Brockmann den Grund zu dem Missgeschick, das ihn bei dem Gebrauch meiner Röhrenzange betraf, anderswo suchen muss, als in der Construction des Instruments.

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Aus dem Berichte über die an der k. k. Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Jos. Gruber in Wien im Jahre 1887 ambulatorisch behandelten Kranken.

Im Jahre 1887 erschienen im Ambulatorium 3807 neue Kranke, und zwar: 2397 Personen männlichen und 1410 Personen weiblichen Geschlechtes; vom Jahre 1886 waren 311 Kranke verblieben, so dass die Gesammtzahl der im Jahre 1887 ambulatorisch behandelten Personen 4118 betrug.

Von den im Jahre 1887 erschienenen Kranken waren dem Alter nach:

bis zu 5	Jahren	256	=	136	männliche,	120	weibliche,
von 5—10	„	392	=	212	„	180	„
„ 10—20	„	708	=	468	„	240	„
„ 20—30	„	913	=	573	„	340	„
„ 30—40	„	640	=	410	„	230	„
„ 40—50	„	466	=	302	„	164	„
„ 50—60	„	258	=	178	„	80	„
„ 60—70	„	133	=	97	„	36	„
„ 70—80	„	34	=	18	„	16	„
„ 80—90	„	7	=	3	„	4	„
Summa		3807	=	2397	männliche,	1410	weibliche.

Der Beschäftigung nach waren von den Männern: 20 Agenten, 25 Amtsdiener, 2 Anstreicher, 251 Arbeiter, 10 Aerzte, 13 Aufseher, 13 Bäcker, 4 Bahnwärter, 32 Bauern, 3 Baumeister, 62 Beamte, 8 Binder, 12 Buchbinder, 24 Buchhalter, 1 Buchhändler, 8 Brauer, 14 Briefträger, 4 Cassirer, 2 Chemiker, 5 Ciseleure, 62 Commis, 41 Comptoristen, 21 Conducteure, 11 Dienstmänner, 4 Diurnisten, 25 Drechsler, 3 Färber, 5 Feuerwehrmänner, 14 Fleischhauer, 5 Fragner, 3 Friseure, 7 Gärtner, 2 Geistliche, 9 Gerber, 6 Glaser, 2 Graveure, 3 Hafner, 5 Handschuhmacher, 8 Hauer, 5 Hausdiener, 27 Hausirer, 15 Hausknechte, 8 Hausmeister, 6 Heizer, 5 Hufschmiede, 4 Hutmacher, 3 Ingenieure, 5 Kaffeesieder, 73 Kaufleute, 35 Kellner, 11 Knechte, 6 Kutscher, 1 Lederer, 31 Lehrer, 10 Maler, 2 Maschinenwärter, 25 Maurer, 6 Mechaniker, 3 Milchmeier, 7 Müller, 13 Musiker, 9 Oeconomen, 11 Offiziere, 8 Pferdewärter, 2 Photographen, 5 Pfründner, 3 Portiere, 92 Private, 1 Rauchfangkehrer, 7 Reisende, 4 Riemer, 8 Sänger, 2 Schauspieler, 73 Schlosser, 26 Schmiede, 32 Schneider, 8 Schreiber, 3 Schriftgiesser, 2 Schriftsetzer, 191 Schüler niederer Lehranstalten, 5 Selcher, 11 Soldaten, 5 Spengler, 5 Steinmetze, 2 Stenographen, 4 Strassenkehrer, 2 Strumpfwirker, 71 Studenten, 35 Taglöhner, 3 Tapeziere, 51 Tischler, 1 Typograph, 2 Uhrmacher, 12 Wächter, 3 Wäscher, 31 Wachmänner, 8 Wagner, 3 Weber, 1 Xylograph, 2 Ziegeldecker, 4 Zimmerleute, 2 Zinngiesser, 1 Zuckerbäcker.

Von den Weibern waren: 45 Arbeiterinnen, 15 Bäuerinnen, 10 Beamtengattinnen, 7 Bedienerinnen, 53 Dienstmägde, 4 Friseurinnen, 5 Handarbeiterinnen, 12 Hausbesorgerinnen, 5 Hausirerinnen, 2 Hebammen, 1

Digitized by Google

Kaffeesiederin, 25 Kaufmannsgattinnen, 26 Köchinnen, 12 Lehrerinnen, 11 Lehrmädchen, 8 Modistinnen, 36 Näherinnen, 4 Pfründnerinnen, 53 Private, 2 Sängerinnen, 1 Schauspielerin, 24 Schneiderinnen, 93 Schülerinnen, 11 Tagelöhnerinnen, 3 Wärterinnen, 6 Wäscherinnen, 1 Zuckerbäckersgattin.

Die übrigen Kranken hatten keine bestimmte Beschäftigung.

	Diagnose.*)	Vom Vorjahre verblieben M.	Vom Vorjahre verblieben W.	Männer rechts	Männer links	Männer beiderseits	Männer In Summa	Frauen rechts	Frauen links	Frauen beiderseits	Frauen In Summa
Aeusserer Ohrtheil.	Fistula auris congenita	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
	Mangel der Ohrmuschel in Folge von Verletzung	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
	Entzündung der Ohrmuschel	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—
	Abscess der Ohrmuschel	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
	Acute nässende Flechte der Ohrmuschel	—	—	2	2	4	8	4	2	1	7
	Chron. nässende Flechte d. Ohrm.	—	—	1	3	5	9	2	2	—	4
	Ulcus syphil. der Ohrmuschel	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
	Perichondritis » »	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
	Erythema auric. chron.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
	Chron. Erysipel der Ohrmuschel	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
	Herpes der Ohrmuschel	—	—	—	1	—	1	1	—	—	1
	Ohrblutgeschwulst (Othämatoma)	—	—	1	2	—	3	—	1	—	1
	Angiom der Ohrmuschel	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
	Narben nach Lupus d. Ohrmuschel	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
	Verletzung der Ohrmuschel	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1
	Erfrierung » »	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
	Missbildung » »	—	—	3	1	—	4	1	—	—	1
	Ohrenschmalzanhäufung im äusseren Gehörgange	—	—	73	87	215	375	40	39	101	180
	Fremdkörper im äusseren Gehörg.	—	—	19	4	2	25	9	5	—	14
	Umschriebene Entzündung im äusseren Gehörgange	—	—	36	12	4	52	25	23	1	49
	Diffuse Entzündung im äusseren Gehörgange (acut)	2	1	17	16	2	35	1	3	3	7
	Diffuse Entzündung im äusseren Gehörgange (chronisch)	—	1	3	2	4	9	3	4	3	10
	Parasitäre Entzündung im äusseren Gehörgange (chronisch)	—	—	—	—	—	—	1	2	—	3
	Granulationen im äusseren Gehörg.	—	—	2	—	—	2	—	1	—	1
	Acute nässende Flechte des äusseren Gehörganges	—	—	4	3	3	10	2	2	1	5
	Chronische nässende Flechte des äusseren Gehörganges	—	1	1	—	2	3	3	1	2	6
	Fressende Flechte (Lupus) des äusseren Gehörganges	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
	Psoriasis des äusseren Gehörgang.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
	Verletzungen im äusseren Gehörg.	—	—	2	1	—	3	—	1	—	1
	Pruritus im » »	—	—	1	1	2	4	1	1	1	3
	Exostosen im » »	1	—	—	6	—	6	1	1	—	2

*) Im statistischen Berichte sind nur die Namen jener Krankheiten angegeben, welche Gegenstand unserer Behandlung waren.

Digitized by Google

	Diagnose.	Vom Vorjahre verblieben M.	Vom Vorjahre verblieben W.	Männer rechts	Männer links	Männer beiderseits	Männer In Summa	Frauen rechts	Frauen links	Frauen beiderseits	Frauen In Summa
Aeusserer Ohrtheil.	Verengerungen des äusseren Gehörganges	—	—	—	2	—	2	—	1	—	1
	Verschluss des äusseren Gehörg.	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
	Ecchymosen des Trommelfelles	—	—	2	—	—	2	—	—	1	1
	Ruptur des Trommelfelles	—	—	2	2	—	4	1	4	—	5
	Acute Entzündung d. Trommelfelles	2	1	9	18	2	29	6	9	2	17
	Chron. » » »	1	—	4	3	—	7	—	1	—	1
	Verdickung des Trommelfelles	—	—	3	6	4	13	2	5	4	11
	Atrophie » »	—	1	6	2	8	16	4	3	7	14
	Narben » »	6	4	21	22	19	62	7	7	14	28
	Kalkablagerungen d. Trommelfelles	2	1	10	7	2	19	6	3	6	15
	Trockene Perforation d. Trommelfelles	4	2	16	9	7	32	2	3	6	11
	Totale Zerstörung d. Trommelfelles	1	1	6	4	5	15	3	5	5	13
	Erschlaffung des »	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
Mittlerer Ohrtheil.	Acute catarrhalische Mittelohrentzündung	24	12	53	51	68	172	31	32	26	89
	Chronische catarrhalische Mittelohrentzündung	61	32	83	64	415	562	42	36	210	288
	Haemorrhagie im Mittelohre	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
	Plastische Mittelohrentzündung	22	14	19	18	75	112	7	11	66	84
	» » mit Labyrinthaffection	3	2	4	2	14	20	2	3	7	12
	Acute eitrige Mittelohrentzündung	8	9	40	29	14	83	22	39	7	68
	» » » mit Polypenbildung	—	—	2	—	—	2	—	—	—	—
	Chron. eitrige Mittelohrentzündung	52	24	160	130	137	427	114	94	86	294
	» » » mit Polypenbildung	—	—	34	19	5	58	16	20	4	40
	Verengerung der Eust. Röhre	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
	Caries und Necrose des Schläfenbeines	1	1	14	8	—	22	2	7	—	9
	Cholesteatom	—	—	2	—	—	2	—	—	—	—
	Fractur des Hammergriffes	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
	» des Felsenbeines	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Innerer Ohrtheil.	Labyrinthaffection	4	1	3	3	23	29	—	4	13	17
	Morbus Menière	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
	Nervöses Ohrtönen	—	—	—	4	12	26	—	—	12	12
	Taubstummheit	—	—	—	—	—	30	—	—	—	13
	Taubheit	—	—	—	—	—	2	—	—	—	4
Nervöser Ohrschmerz		—	—	9	6	11	26	19	18	13	50
Sarcom des Nasenrachenraumes		—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Ozaena		—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
Nasenpolypen		—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Fremdkörper in der Nase		—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Ohne Krankheit		—	—	—	—	—	12	—	—	—	10
Diagnose fehlend bei		—	—	—	—	—	24	—	—	—	27
		195	116	772	557	994	2397	383	397	603	1410
		311		2397 + 1410 = 3807							
				3807 + 311 = **4118.**							

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Zusammenhang der adenoiden Geschwülste des Nasenrachenraumes mit den Mittelohrerkrankungen bei Kindern. (Relation des tumeurs adénoides du nasopharynx avec les affections de l'oreille moyenne chez les enfants.) Von Dr. Clarence J. Blake. (Laryngologische Section der Academie de médecine von New-York, Februar 1888.)

Verf. macht auf die interessante Thatsache aufmerksam, dass schon der Künstler Catlin, natürlich ohne zu wissen warum, auf das Nasenathmen der Indianer Amerika's und das Mundathmen der weissen Race aufmerksam machte; Catlin lebte nämlich lange unter den Wilden Amerika's; er war unangenehm berührt durch das entstellte Gesicht der durch den Mund allein Athmenden und bemerkte dabei, dass die meisten schwerhörig waren; er beschreibt das classische Gesicht der Mundathmer ebenso wie die Aerzte es heute bei den mit adenoiden Vegetationen behafteten Leuten beschreiben.

Verf. beschreibt nun die Störungen, welche durch die adenoiden Geschwülste entstehen und welche grösstentheils durch das Lahmlegen der Wirkung der Gaumenmuskeln zu erklären sind; werden die Geschwülste grösser, so sind nicht nur Schlucken und Stimmbildung, d. h. die Wirkung der Gaumenmusculatur beeinträchtigt, sondern es entsteht durch Druck auf die das ausfliessende Blut in die Venae pharyngeae laterales führenden kleinen Venen Stase im Mittelohr. Verf. beschreibt nun die allgemein bekannten Symptome der adenoiden Geschwülste des Nasenrachenraumes, zu welchen er nichts Neues hinzufügt.

Dr. P. K.

Bemerkungen über Rhinitis atrophicans. (Quelques considérations sur la rhinite atrophique.) Von Dr. Noquet. (Société française de laryngologie, Séance du 15. Avril 1887.)

Gemäss des Autors Erfahrungen bestände nie die sogenannte scrophulöse Diathese, das von Zaufal beschriebene Eingesunkensein der Nasenknorpel habe in allen seinen Fällen gefehlt, Syphilis konnte immer ausgeschlossen werden, der Geruch war bei den jüngeren stärker und die Atrophie weniger ausgesprochen; der Geruch nimmt also mit wachsender Atrophie ab; der Process neigt zur Verbreitung auf die Tuben und das Mittelohr; die Ozaena ist heilbar trotz gegentheiliger Behauptung; man muss zuerst die Krusten entfernen mittelst der Nasendouche, welche aus einer Lösung von 1 Esslöffel voll Kali chloricum auf 1 Liter Wasser besteht; man kann abwechselnd auch Acid. carbolicum (2 Gramm auf 1 Liter Wasser) gebrauchen; dazwischen Inhalationen (durch die Nase) von Chloralhydrat (0,50), Borsäure (6), Glycerin (10), Aqu. laurocerasi (20), Aqua (900), Bepinselungen mit Chlorzink ($^2/_{10}$), Brennen der hervorragenden Wülste mit dem Galvanocauter. Erst nach dreimonatlicher Behandlung kann man seltener pinseln und inhaliren.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Einspritzen sehr heissen Wassers als leichtes Mittel, das schwere Nasenbluten zu stillen. (L'irrigation d'eau très chaude dans les fosses nasales comme moyen facile et très efficace contre les épistaxis graves.) Von Dr. Empis. (Académie de médecine de Paris, Séance du 19. Juni 1888.)

Dr. Alvin hat 15 Fälle von schwerem Nasenbluten auf obengenannte Weise mit Erfolg behandelt. Jules Guyot, Trousseau, Pidoux, Claude Bernard, Reclus haben schon die Einwirkung der Hitze bei Blutungen beschrieben; Dr. Alvin giebt also nichts Neues. Er beschreibt blos ein von ihm zu diesem Zwecke construirtes Instrument und giebt den Gebrauch desselben an: Die Temperatur des Wassers soll nie unter 53 Grad Centigr. sein und muss während der ganzen Manipulation obige Temperatur behalten. Der Strahl muss continuirlich sein, die Oeffnung der Canüle muss wenigstens 1/3 Ctm. messen, die Canüle muss die Nasenöffnung ganz schliessen, die Kraft des Einspritzens muss dem Druck einer Wassersäule von 1—1 1/2 Meter entsprechen. Patient muss schnarchend durch den Mund athmen, das Wasser muss zuerst durch die Nasenöffnung, durch welche Blut ausfliesst, eingespritzt werden.

Dr. P. K.

Grosses Fibrom des Nasenrachenraumes. (Sur un cas de fibrome énorme de la cavité nasopharyngienne.) Von Dr. Massei. (Arch. ital. di laringolog., Juli 1887 und Annales des mal. du larynx No. 4, 1888.)

Ein mit einem grossen Fibrosarcom der Nasenrachenhöhle behafteter 18jähriger Mann hatte Geschmack und Geruch verloren, war linkerseits taub und blind. Verf. betont die Entartung eines gutartigen Fibroms in Sarcom, beschreibt dessen Erscheinungen und Zerstörungen. Mittelst der galvanocaustischen Schlinge wurde der Tumor entfernt und räth Verf., vorkommenden Falles zuerst obiges Mittel vor dem grossen chirurgischen Eingriff zu probiren.

Dr. P. K.

Nasenrachenpolyp. Temporäre Resection des Oberkiefers. (Polype nasopharyngien. Résection temporaire du maxillaire supérieur. Von Dr. Tirifahy. (Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique No. 5, 1888.)

Fibröser, an der Schädelbasis aufsitzender, den rechten Processus frontalis des Oberkieferbeines verdrängender und demgemäss die rechte Gesichtsseite entstellender, die übrigen Höhlen des Schädels verschonender Nasenrachenpolyp. Da alle anderen Heilmethoden zu verwerfen sind, wird gleich zur Radicaloperation geschritten; die Technik der Operation, der ausgeführte Hautschnitt und die Knochenresectionen, welche von günstigem Erfolge gekrönt waren, lesen sich besser im Original nach. Keine Recidive.

Dr. P. K.

Zwei Fälle, die Diagnose und die Behandlung der Fremdkörper der Nase betreffend. (Deux cas concernant le diagnostic et le traitement des corps étrangers des fosses nasales.) Von Dr. Middlemass. (Glasgow medic. Journal, März 1887 und Annales des maladies du larynx No. 4, 1888.)

Im ersten Falle war ein Kirschkern im linken Nasenloch eines 4jährigen Kindes. Im zweiten Falle war die Hälfte eines Pfirsichkernes

Digitized by Google

im linken Nasenloch eines $2^1/_2$jährigen Kindes. Die Extraction und nachfolgende Nasendouchen brachten Heilung in beiden Fällen.

Bei hartnäckigem Nasenausfluss soll man immer die Nase genau untersuchen und ausputzen; entdeckt man einen Fremdkörper, so ist es besser, selben mittelst Pincette herauszuholen, als mit der Nasendouche zu entfernen; ist der Fremdkörper rund und gleitet die Zange aus, so soll man versuchen, einen Haken dahinter zu bringen und so die Extraction zu bewerkstelligen. Dr. P. K.

Fremdkörper in der Nase. (Corps étrangers dans les fosses nasales.) Von Dr. Ramon de la Sota y Lastra. (Revista medica de Sevilla, September 1887 und Annales des mal. du larynx No. 4, 1888.)

1) Eine Haarnadel war im linken Nasenloch eingekeilt; man musste selbe durch den Mund mittelst der Nasenrachenzange entfernen.

2) Ein Blutegel, dem hinteren Ende der mittleren Nasenmuschel anhängend, wurde durch die Nase entfernt.

3) Eine dicke graue Erbse, im linken Nasenloch, musste zertrümmert und durch die Nase entfernt werden.

4) Ein Stück Schwamm, in der rechten Nase, wurde spontan entfernt.

5) Ein Rosenkelch, im linken Nasenloch, mittelst eines elfenbeinernen Hohllöffels entfernt. Dr. P. K.

Ein Nasenstein. (Un cas de rhinolithe.) Von Dr. Aug. Clay. (Brit. med. Journ., Februar 1887 und Annales des mal. du larynx No. 4, 1888.)

Ein 47jähriger Mann leidet seit 2 Jahren an Nasenverstopfung und an heftigen Kopfschmerzen; im Alter von 2 Jahren war er auf den Kopf gefallen, in Folge dessen die Nase nach links verschoben war. Im Meatus inferior links bemerkte man einen braunen, harten, unregelmässig geformten, der Schleimhaut anhaftenden Tumor. In der Chloroformnarcose wurde die Extraction mittelst einer Polypenzange gemacht; es war ein 110 Gran wiegender Kirschkern. Dr. P. K.

Fremdkörper in der linken Nasenhöhle, einen foetiden Nasencatarrh hervorrufend. (Corps étranger de la fosse nasale gauche ayant provoque une rhinite fétide.) Von Dr. Noquet. (Société française de laryngologie, Séance du 25. Novembre 1887.)

Ein 8jähriges Kind zeigte in der linken Nase die Zeichen einer Ozaena; dabei war das linke Nasenloch verstopft durch einen hölzernen, mit einem Metallring versehenen kleinen Cylinder. Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ansteckung der follicularen Amygdalitis. (Contagion de l'amygdalite folliculaire.) Von Dr. Tissier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1888.)

Die folliculäre Amygdalitis ist nicht nur eine infectiöse, sondern sie ist auch eine contagiöse Krankheit. Ein von auswärts kommender Pat.

Digitized by Google

steckte in einem Krankenzimmer 5 andere Patienten an. Ein Mediciner und ein Gehilfe, welche die betreffenden Patienten besorgten, wurden angesteckt. Mantle und Fränkel vertreten übrigens dieselbe Ansicht.

Dr. P. K.

Ueber die Knötchen der Stimmbänder, „Knötchen der Sänger" genannt. (Sur les nodules des cordes vocales dites „nodules des chanteurs".) Von Dr. Wagnier. (Art médical, 15. April 1888.)

Es sind Ueberreste entzündlicher Vorgänge, welche durch ungleiche Schwellung des Epithels zu Stande kommen; sie sind immer an den freien Rändern der wahren Stimmbänder und kommen meist bei solchen Leuten vor, welche berufshalber während bestehendem Larynxcatarrh ihre Stimme gebrauchen müssen; sie erreichen nie über Stecknadelkopfgrösse und sind von mattweisser Farbe. Sie hindern die Production der Brusttöne nur ganz wenig, machen aber die hohen Brusttöne zur Unmöglichkeit; letztere müssen dann im Falsett gesungen werden, und letzteres ist auch nur bis zu einer gewissen Höhe möglich.

Dr. P. K.

Necrose des Zungenbeins. (Necrosis of the hyoid bone.) (Lancet, 19. Mai 1888.)

Mr. Munn hielt in der Clinical Society of London einen Vortrag über einen Fall, in welchem bei einem 32jähr. Manne aus einem Abscess im vorderen Halsdreieck necrotische Stücke des grossen Zungenbeinhorns und des verknöcherten Schildknorpels ausgestossen wurden. Die Ursache der Erkrankung waren ulcerirte Gummigeschwülste der Zunge, Perichondritis des Schild- und Ringknorpels, der Ausgang Blutungen, Pneumonie, Phthisis. Dr. M. Schm.

Ueber Stimmstörungen bei der acuten catarrhalischen Laryngitis. (Considérations cliniques sur les troubles de la voix dans la laryngite catarrhale aigue.) Von Dr. E. Moure. (Associat. française pour l'avancement des sciences, Toulouse 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 10, 1887.)

Verf. erwähnt die Theorien von Peter, Krishaber, Ziemssen, Morell Mackenzie über die Aphonie und kommt zu dem Schlusse, dass es besonders die Musculi thyreo-arytenoidei, interarytenoidei obliqui und des transversus sind, welche wegen ihrer oberflächlichen Lage die Stimmstörung respective Aphonie beim acuten Larynxcatarrh bedingen. Es sind also weniger die Schwellung der Stimmbänder, die catarrhalischen Erosionen, die auflagernden Schleimmassen, als die seröse Infiltration der Larynxmuskeln, namentlich der Musculi thyreo-arytenoidei und des ary-arytenoideus, welche Aphonie bedingen. Dr. P. K.

Tubage des Kehlkopfes bei Croup. (Tubage du larynx dans le croup.) Von Dr. Lubet-Barbon. (Archives roumaines de médecine et de chirurgie und Bulletin général de thérapeutique 1888)

In schweren Fällen von Diphtheritis, bei heruntergekommenen Subjecten, bei schwächlichen, in schlechten socialen Verhältnissen lebenden

Digitized by Google

Patienten, besonders aber im Alter unter 2 Jahren ist die Tubage vorzuziehen. Verf. giebt am Ende seiner Arbeit die Technik der Tubage und die Unfälle, welche sich während und nach der Operation ereignen können. Dr. P. K.

Larynx- und Trachealpolyp auf natürlichem Wege entfernt; Recidive; Laryngotomie und Cauterisation, Heilung; neue Recidive nach Trauma, Exstirpation auf natürlichem Wege; innerlich Bromkali. Heilung seit 5 Jahren. (Polypes du larynx et de la trachée-artère extirpés une première fois par les voies naturelles, guérison; récidive; laryngotomie et cautérisation, guérison; nouvelle récidive après un traumatisme, extirpation par les voies naturelles; Bromure de potassium à l'intérieur, guérison depuis 5 ans.) Von Dr. Oaznam. (Art médical, Juli 1888.)

Der Titel giebt ungefähr die ganze Krankengeschichte, welche dadurch interessant ist, weil Trachealpolypen ziemlich selten sind, und dann, weil Verf. glaubt, durch innere Mittel neue Recidive verhindert zu haben (!). Patientin blieb während 25 Jahren fortwährend in der Behandlung und wurde genau beobachtet, was ja auch selten in unseren Ambulatorien und Spitälern geschieht. Bei der zweiten Operation betont Verf. den ungünstigen Einfluss der Chromsäure auf den Gesammtorganismus. Dr. P. K.

Eine seltene Tracheotomie. (Cas rare de trachéotomie.) Von Dr. Crawford Renton. (The Lancet, November 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 6, 1888.)

Bei einem 17 Monate alten Kinde erklärten sich auf eine nicht zu eruirende Weise Symptome von Larynxstenose; wegen Erstickungsgefahr musste die Tracheotomie gemacht werden. Während 3 Tagen befand der kleine Patient sich wohl, bis plötzlich ein Abscess sich in die Trachea öffnete und der Tod eintrat. Der in die Trachealwunde eingeführte Finger fühlte an der Leiche einen Fremdkörper, welcher offenbar zwischen Trachea und Oesophagus lag. Beim Einschneiden stiess man auf eine 6 Ctm. lange Stecknadel, welche in einem sich in die Trachea öffnenden Abscess eingebettet war. Dr. P. K.

Laryngotomie und Tracheotomie bei Fremdkörpern im Larynx. (La laryngotomie et la trachéotomie dans les cas de corps étrangers du larynx.) Von Dr. Labbé. (Troisième congrès de chirurg. française 1888.)

Ein von Kinderspielzeug herrührender metallener Stern gerieth zwischen beide Stimmbänder. Verf., anstatt die von classischer Seite angerathene Tracheotomie vor der Laryngotomie zu machen, vollzog letztere allein; die Entfernung des Fremdkörpers gerieth leicht, aber es fielen einige Blutstropfen in die Trachea, welche einen gefährlichen Erstickungsanfall hervorriefen. Die Tracheotomie musste schleunigst gemacht werden und es dauerte 45 Minuten, ehe man eine normale Respiration wieder eingeleitet hatte. Man soll also immer solchen Laryngotomien die Tracheotomie vorausschicken. Dr. P. K.

Digitized by Google

Soll man bei ossificirten Trachealringen bei der Tracheotomie chloroformiren? (Chloroforme et trachéotomie.) (Société de chirurgie de Paris, Séance du 6. Juin.)

Monod führte die Tracheotomie bei ossificirten Trachealknorpeln aus, wegen des Chloroform floss viel Blut in die Trachea, welches nicht ausgehustet wurde, der Patient erlag am dritten Tage. M. räth demgemäss, in solchen Fällen nicht zu chloroformiren.

Terrier führte dieselbe Operation unter denselben Verhältnissen mit Erfolg aus; er behauptet, dass eben das Chloroform ihm gestattet habe, in aller Ruhe die geringste Blutung zu stillen, bevor er die Trachea, welche auch verknöchert war, eröffnete. Dr. P. K.

Larynxverengerungen nach Typhus. (Rétrécissement du larynx après la fièvre typhoide.) Von Dr. Louis Secrétan. (Deuxième assemblée générale des médecins suisses. Lausanne, 26. Mai 1888.)

Verf. erzählt zwei Fälle von Larynxtyphus, welche im Jahre 1881 in Lyon mit kaltem Wasser behandelt worden waren. Im ersten Fälle handelte es sich um Ankylose beider Cricoarytänoidalgelenke und Narbenbildung an der Basis des linken Aryknorpels. Die Tracheotomie konnte umgangen werden und die Anwendung der Schrötter'schen Cautschukröhren genügte. Im zweiten Falle musste tracheotomirt werden; nach zu früh entfernter Canüle musste die Operation zum zweiten Male ausgeführt werden; die Anwendung der Schrötter'schen Zinnbolzen brachte Heilung.

Referent sieht in diesen beiden geheilten Fällen eine Bestätigung seiner alten Behauptung, dass die in der Reconvalescenz von Typhus auftretenden Perichondritiden einen schleppenden Verlauf nehmen, dass man frühzeitig soll die Tracheotomie ausführen, dass man die tiefe Tracheotomie machen soll und dass die meisten Fälle auch ohne Behandlung von selbst heilen, wenn man nur das Leben durch die frühzeitig ausgeführte tiefe Tracheotomie garantirt hat. Dr. P. K.

Ueber Larynxexstirpation. (De l'extirpation du larynx.) Von Dr. Lacoarret. (La pratique médicale, November 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 6, 1888.)

Verf. giebt die Geschichte der Operation, angefangen mit Desault bis auf Billroth. Genaue Statistiken führen zu dem Schluss, dass Totalexstirpationen vor dem sechsten Monate zum Tode führen in $^2/_3$ der Fälle, welche nicht durch die Operation direct sterben; das übrige Drittel dieser die Operation Ueberlebenden erreicht den vierten Monat nicht. Bei partieller Exstirpation kommen auf 3 Fälle 2 Heilungen.

Verf. giebt in Folgendem die Indicationen, Contraindicationen der totalen und theilweisen Exstirpation, beschreibt die Operation in ihren 3 Stadien und giebt nachher die Nachbehandlung mit der Beschreibung des Gussenbauer'schen künstlichen Larynx, ohne in seiner Arbeit etwas Neues zu liefern. Dr. P. K.

Digitized by Google

III. Inserate.

Soeben ist erschienen:

ZUR ANATOMIE UND ENTWICKLUNG DES INNEREN OHRES.

Von

PROF. DR. RÜDINGER.

Mit drei colorirten Doppeltafeln und einer Figur in Zinkographie.

Berlin 1888.

Verlag der Expedition der Allgemeln. med. Centralzeitung.

Preis 2 Mark.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

BATTERIE F. GALVANOK.

Standbatterie, mit 4 Elementen und Rheostat, auch für Beleuchtung passend zu schalten. Höchst einfache Handhabung. Solide Konstr. Preis M. 67.—.

REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.

Universitäts-Mechaniker.

Haupt-Katalog 80 Seit. 300 Abbildung.

Galvanocaustische und Electrolytische

Apparate und Instrumente

nach Angaben des Herrn **Professor Voltolini** empfiehlt

Ernst Pischel's Nachfolger Hermann Brade

Breslau, Hummerei No. 31.

Inhalt.

I. Originalien: Katz: Beitrag zur Frage über die Verbindung der Corti'schen und Deiter'schen Zellen des Corti'schen Organes und deren Gestalt. — Weichselbaum: Ueber eine von einer Otitis media suppurativa ausgehende und durch den Bacillus pneumoniae (Friedländer) bedingte Allgemeininfection. — Schrötter: Ueber eine eigenthümliche Form der Entzündung der Nasenmuschel. — Schaeffer: Bursa pharyngea und Tonsilla pharyngea. — Gottstein: Erwiderung an Herrn Dr. Brockmann. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Aus dem Berichte über die an der k. k. Universitätsklinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Jos. Gruber in Wien im Jahre 1887 ambulatorisch behandelten Kranken. — b) Rhinologische: Blake: Zusammenhang der adenoiden Geschwülste des Nasenrachenraumes mit den Mittelohrerkrankungen bei Kindern. — Noquet: Bemerkungen über Rhinitis atrophicans. — Empis: Einspritzen sehr heissen Wassers als leichtes Mittel, das schwere Nasenbluten zu stillen. — Massei: Grosses Fibrom des Nasenrachenraumes. — Tirifahy: Nasenrachenpolyp. Temporäre Resection des Oberkiefers. — Middlemass: Zwei Fälle, die Diagnose und die Behandlung der Fremdkörper der Nase betreffend. — de la Sota y Lastra: Fremdkörper in der Nase. — Clay: Ein Nasenstein. — Noquet: Fremdkörper in der linken Nasenhöhle, einen foetiden Nasencatarrh hervorrufend. — c) Pharyngo-laryngologische: Tissier: Ansteckung der folliculären Amygdalitis. — Wagnier: Ueber die Knötchen der Stimmbänder, „Knötchen der Sänger" genannt. — Munn: Necrose des Zungenbeins. — Moure: Ueber Stimmstörungen bei der acuten catarrhalischen Laryngitis. — Lubet-Barbon: Tubage des Kehlkopfes bei Croup. — Oaznam: Larynx- und Trachealpolyp auf natürlichem Wege entfernt; Recidive; Laryngotomie und Cauterisation, Heilung; neue Recidive nach Trauma, Exstirpation auf natürlichem Wege; innerlich Bromkali. Heilung seit 5 Jahren. — Renton: Eine seltene Tracheotomie. — Labbé: Laryngotomie und Tracheotomie bei Fremdkörpern im Larynx. — Monod: Soll man bei ossificirten Trachealringen bei der Tracheotomie chloroformiren? — Secrétan: Larynxverengerungen nach Typhus. — Lacoarret: Ueber Larynxexstirpation. — III. Inserate.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXII. **Berlin, September 1888.** **No. 9.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Ueber eine von einer Otitis media suppurativa ausgehende und durch den Bacillus pneumoniae (Friedländer) bedingte Allgemeininfection.

Von

Prof. **A. Weichselbaum** in Wien.

(Schluss.)

Wenn wir am Schlusse den anatomischen und histologischen Befund sowie das Ergebniss der Culturversuche überblicken, so können wir mit ziemlicher Bestimmtheit sagen, dass die Rhinitis, Periostitis und Phlegmone durch den Bacillus pneumoniae verursacht wurden, dass ferner die Pneumonie ebenfalls als das Product dieses Bacillus anzusehen ist, und dass endlich auch die Nephritis in einen directen oder indirecten, ätiologischen Zusammhang mit ihm gebracht werden muss.

Wir fanden nämlich überall den Bacillus pneumoniae als alleinige Bacterienart (ausgenommen die Paukenhöhle und Lunge, wo aber die nebst dem Bacillus pneumoniae vorhandenen Bacterien nur als „Verunreinigungen“ anzusehen sind), und wir fanden ihn weiter in so grosser

Digitized by Google

Menge, dass hierdurch die Krankheitserscheinungen ganz gut erklärt werden können. Und wenn auch nicht versucht worden war, durch Einverleibung von Culturen bei Thieren eine Otitis zu erzeugen, so geht doch aus den vorliegenden Thierversuchen sowie aus denen anderer Autoren hervor, dass der Bacillus pneumoniae im Stande ist, acute Entzündungen in verschiedenen Organen hervorzurufen.

Was die Reihenfolge der Krankheitsprocesse in unserem Falle betrifft, so ist es blos unentschieden, ob zuerst die Otitis oder die Rhinitis vorhanden war; doch ist es nicht unwahrscheinlich, dass letztere der primäre Process war. Einen sicheren Aufschluss hierüber hätte aber nur eine frühzeitige und andauernde klinische Beobachtung geben können. Der weitere Gang ist dagegen ganz klar. Auf die Otitis folgte einerseits die Perforation des Trommelfells, andererseits die Entzündung der zelligen Räume des Warzenfortsatzes, welche sich später auf das Periost fortsetzte und zur Phlegmone des am Processus mastoideus sich inserirenden M. sternocleido-mastoideus führte. Von da aus kam es endlich zur Allgemeininfection, d. i. zum Uebertritte der Bacillen und ihrer Producte in die Blutbahn und zur parenchymatösen Nephritis, zu welcher am letzten Tage oder in den letzten Stunden noch eine beginnende Pneumonie sich hinzugesellte.

Der vorliegende Fall ist nach mehreren Richtungen hin lehrreich. Zunächst beweist er, dass eine Otitis media durch den Bacillus pneumoniae entstehen kann.

Die Aetiologie der primären acuten Otitis ist bis in die neueste Zeit ganz dunkel geblieben; auch hier spielte die Erkältung sowie bei vielen anderen acuten Entzündungen die hauptsächlichste Rolle. Erst in der neuesten Zeit ist man der Frage vom bacteriologischen Standpunkte an den Leib gegangen, und zwar ist es Zaufal[4]), welcher für sich das Verdienst beanspruchen kann, als Erster die primäre acute Otitis media am Lebenden zum Gegenstande exacter bacteriologischer Untersuchungen gemacht zu haben. Im vorigen Jahre theilte er 2 von ihm beobachtete Fälle mit. Im 1. Falle entleerte er aus der Paukenhöhle durch Paracentese ein blutig-seröses Secret, welches, auf Gelatine übertragen, eine Cultur lieferte, die ganz die Merkmale des Bacillus pneumoniae zeigte; auch microscopisch konnten im Secrete kurze, dicke Bacillen, jedoch ohne Capsel, gesehen werden.

Im 2. Falle wurde in dem ebenfalls durch Paracentese entleerten, klumpig-schleimigen Secrete sowohl microscopisch als durch Cultur eine Bacterienart nachgewiesen, welche in ihren Merkmalen mit dem Diplococcus pneumoniae übereinstimmte, obwohl die Thierversuche erfolglos blieben*).

In diesem Jahre beobachtete Zaufal einen 3. Fall von Otitis media, wobei er abermals den Diplococcus pneumoniae auffand. Die Culturen erwiesen sich diesmal auch bei Thierimpfungen wirksam.

Kürzlich publicirte Zaufal noch 3 Fälle von acuter Otitis media

*) Netter (Archiv. génér. de méd., 1887) hatte zwar auch bei einer Otitis an der Leiche Coccen gefunden, die er als »Pneumococcen« erklärte; allein er hatte keine Culturen angelegt und die Otitis selbst war keine selbstständige, sondern von einer Pneumonie begleitet.

Digitized by Google

suppurativa, bei denen er im Secrete den Streptococcus pyogenes fand, und zwar 1 Mal microscopisch und durch Culturen, und 2 Mal blos microscopisch. Zwei dieser Fälle waren mit Abscessbildung in der Umgebung des Processus mastoideus complicirt, und in einem dieser konnte er auch aus dem Abscessinhalte microscopisch und durch Cultur den Streptococcus pyogenes nachweisen. Ob im letzteren Falle der Streptococcus schon primär die Otitis verursachte, kann vielleicht, wie Zaufal meint, bezweifelt werden, da möglicher Weise zuerst der Diplococcus pneumoniae vorhanden war, später aber vom Streptococcus überwuchert wurde; dagegen sei letzterer unzweifelhaft die Ursache der Abscessbildung gewesen*).

Auch bezüglich jenes Falles von Otitis, in welchem er den Bacillus pneumoniae gefunden hatte, hält er es nicht für ausgeschlossen, dass gleichzeitig der Diplococcus pneumoniae als der eigentliche Erreger der Entzündung vorhanden war, weil er nämlich damals nur Gelatineculturen angelegt hatte und der Diplococcus pneumoniae bekanntlich nur auf Agar-Agar wächst.

Trotzdem und obwohl von einer Seite die pathogene Bedeutung des Bacillus pneumoniae in Abrede gestellt wurde, glaubt er dennoch, dass diese Bacterienart mit gewissen Formen von Otitis in einem ätiologischen Zusammenhang stehen könne.

In dieser Beziehung bildet nun unser Fall eine erwünschte Bestätigung und Ergänzung der Ansicht Zaufal's. Wir haben von allen pathologischen Producten Agarplattenculturen angelegt und überall auf das Sorgfältigste nach fremden Colonien Ausschau gehalten, konnten aber nur in der Paukenhöhle und in der Lunge, also dort, wo eine Communication mit der Aussenwelt bestand, nebst dem Bacillus pneumoniae einige fremde Colonien auffinden, die sich überdies nur als bedeutungslose, accidentelle Organismen herausstellten.

Man könnte freilich auch in unserem Falle wieder einwenden, dass zuerst eine andere Bacterienart, etwa der Diplococcus pneumoniae, in der Paukenhöhle vorhanden gewesen sein konnte, der aber später durch den Bacillus pneumoniae verdrängt wurde. Diese Einwendung ist aber keine begründete und könnte in analoger Weise in jedem beliebig anderen Falle erhoben werden.

Aber selbst wenn wirklich der Diplococcus pneumoniae der erste Erreger der Otitis gewesen wäre, so könnte doch das massenhafte Vorhandensein des Bacillus pneumoniae nicht als etwas Bedeutungsloses angesehen werden, und jedenfalls müsste man die Periostitis und die Phlegmone sammt den Folgezuständen auf Rechnung des letzteren setzen.

---

*) Ich will hier kurz bemerken, dass ich in 4 Fällen von Meningitis cerebrospinalis und in 1 Falle von croupöser Pneumonie an der Leiche eine ein- oder beiderseitige Mittelohrentzündung beobachtete und aus dem Secrete derselben den Diplococcus pneumoniae züchten konnte, und dass ich ferner bei einem vom Prof. Gruber behufs Untersuchung mir vorgestellten Kranken, welcher nach einer Pneumonie eine Otitis media suppurativa acquirirt hatte, in dem Eiter sowohl microscopisch als durch Cultur den Streptococcus pyogenes nachzuweisen vermochte.

Digitized by Google

Unser Fall lehrt daher weiter, dass der Bacillus pneumoniae nicht nur eine Otitis oder Rhinitis erzeugen und unterhalten kann, sondern dass er auch phlegmonöse Processe hervorzurufen und durch Allgemeininfection zu tödten vermag. Hierdurch wird die Anschauung Jener, welche in ihm nur einen harmlosen oder wenig bedeutungsvollen Parasiten erblicken wollen, auf's Neue widerlegt. Zwar haben schon jene tödtlichen Fälle von Pneumonie, in denen er mehrmals auf ganz exacte Weise als alleinige Bacterienart nachgewiesen werden konnte, seine grosse Gefährlichkeit dargethan und in einem von mir beobachteten Falle einer sehr schweren Pneumonie konnte ich ihn auch aus dem Blute und der Milz cultiviren.

Da aber wiederholt gegen diese Fälle eingewendet worden war, dass der Bacillus pneumoniae hierbei nur die Rolle eines vielleicht erst in den letzten Lebensstunden von den Luftwegen her eingewanderten Bacteriums gespielt hatte, so ist die vorliegende Beobachtung um so wichtiger, weil sie auf's Neue und in unwiderleglicher Weise die hohe pathogene Bedeutung dieses Bacteriums lehrt.

Es ist hier nicht der Platz und die passende Gelegenheit, um auf seine Rolle als Erreger der Pneumonie im Allgemeinen näher einzugehen — darüber will ich an einem anderen Orte und in ausführlicherer Weise sprechen —, allein das Eine muss ich doch kurz hervorheben, dass im vorliegenden Falle eine Pneumonie im allerersten Anfangsstadium bestand, und dennoch mit Sicherheit blos der Bacillus pneumoniae als alleinige (oder, wenn man schon die Möglichkeit des gleichzeitigen Vorhandenseins des Diplococcus pneumoniae zugeben will, doch als vorherrschende) pathogene Bacterienart nachgewiesen werden konnte. Wenn es daher wahr wäre, dass immer nur der Diplococcus pneumoniae die einzige Ursache der Pneumonie bilde, dann hätte man ihn gerade in diesem Falle, welcher doch den ersten Beginn einer Pneumonie darbot, auch allein oder zum Mindesten in überwiegender Menge vorfinden müssen.

Was die Wege betrifft, auf denen der Bacillus pneumoniae in's Mittelohr gelangt, so liegt die Annahme, dass die Tuba Eustachii den Eintritt vermittelt, wohl sehr nahe.

Da der Bacillus pneumoniae schon wiederholt in catarrhalischen Entzündungen der Nasenhöhle, die bekanntlich häufig einer Otitis vorausgehen oder sie begleiten, nachgewiesen wurde, so ist sein Uebertritt in die Tuba und von dieser in die Paukenhöhle leicht zu verstehen.

Die gleiche Eingangspforte dürfte wohl auch von den anderen Bacterien, welche man bisher bei der acuten Otitis beobachtet hatte, benutzt werden, was um so plausibler klingt, als sowohl der Diplococcus pneumoniae, als auch der Streptococcus und der Staphylococcus pyogenes — das sind nämlich die übrigen bisher bei Otitis acuta gefundenen Bacterienarten — gar nicht selten in der Mundhöhle oder im Pharynx vorzukommen pflegen.

Die ätiologische Rolle, welche die aufgezählten Microorganismen bei der acuten Otitis unzweifelhaft spielen, schliesst selbstverständlich nicht aus, dass noch verschiedene Gelegenheitsursachen, darunter auch die Erkältung, bei der Entstehung dieser Entzündung als disponirende

Digitized by Google

Momente betheiligt sein können, so dass die früheren Erfahrungen der Ohrenärzte durch die bacteriologischen Untersuchungen der Jetztzeit durchaus nicht beseitigt erscheinen.

Literatur.

[1]) Passet. Untersuchungen über die Aetiologie der eitrigen Phlegmone des Menschen. Berlin, 1885.
[2]) Rintano Mori. Zeitschrift für Hygiene, 4. Bd., 1. Heft.
[3]) Bordoni-Uffreduzzi. Zeitschrift für Hygiene, 3. Bd., 2. Heft.
[4]) Zaufal. Prager medicinische Wochenschrift No. 27, 1887 und No. 8, 20 und 21, 1888.

Zur Entstehung der Peritonsillitis. Bemerkungen über Perichondritis des Kehlkopfes.

Von
Dr. **Ziem**, Danzig.

Die Peritonsillitis d. h. also die Entzündung des die Tonsillen umgebenden und dieselben nach vorne gegen den vorderen Gaumenbogen, nach aussen und hinten gegen den Musc. buccopharyngeus abgrenzenden Zellgewebes [1]), entsteht nach der Angabe der Autoren 1) von einer primären Erkrankung an der Oberfläche der Tonsille, besonders von einer lacunären Tonsillitis aus, 2) im Gefolge einer Phlegmone des Pharynx und 3) in einer mehr selbstständigen Weise. Mit dem letzteren Ausdrucke kann natürlich nur besagt sein, dass es Fälle giebt, in welchen man eine Ursache für die Entstehung der Peritonsillitis aufzufinden nicht vermag.

Kürzlich habe ich nun 2 Fälle beobachtet, wo eine Peritonsillitis mit grosser Wahrscheinlichkeit von einer Eiterung der Nasen-, beziehungsweise der Kieferhöhle ausgegangen ist.

1. Fall. K., Ladenfräulein von hier, stellt sich wegen seit mehreren Tagen aufgetretener Halsbeschwerden am 22. Febr. d. J. bei mir ein. Es findet sich eine ziemlich starke Anschwellung der rechten Mandel, eine starke Vortreibung derselben gegen den Isthmus hin; ihre Oberfläche ist glatt und lässt selbst bei genauester Untersuchung mittelst hellster Sonnenbeleuchtung weder irgendwelche Ulceration noch Auflagerung oder dergl. erkennen. Ausserdem besteht eine ziemlich starke Infiltration und bei Druck schmerzhafte Anschwellung des Zellgewebes in der Umgebung des Kieferwinkels. Die rechte Nasenhälfte ist verstopft, ihre Schleimhaut etwas angeschwollen, beim Ausspritzen derselben mittelst der Mayerschen Douche entleert sich eitriges Secret. Im rechten Oberkiefer sind die beiden Bicuspidaten nur noch als Stümpfe vorhanden, doch sind diese bei Druck nicht empfindlich. Schon seit vorigem Sommer oder länger hatte die Kranke oftmals an rechtsseitiger Schläfen- und Supramaxillarneuralgie, besonders auch unterhalb des unteren Augenlides, sowie an

---

[1]) Vergl. Braune, topogr.-anatom. Atlas 1875, Taf. IV und V, 1; Henle, anatom. Handatlas, Splanchnologie, 1877, Tafel 211, Fig. 2.

Digitized by Google

Eingenommenheit des Kopfes gelitten, auch war die entsprechende Nasenhälfte oftmals verstopft und eine Neigung zu wiederkehrenden Schnupfenanfällen vorhanden, bei welchen gelbes oder selbst grünliches Secret entleert wurde. Mittelst der amerikanischen Bohrmaschine[2]) wird die rechte Kieferhöhle zwischen jenen Zahnstümpfen sofort eröffnet; hierbei trat eine etwas stärkere Blutung aus der Nase ein, wie dies ja öfters zu beobachten ist, wenn eine stärkere Anschwellung der Kieferhöhlenschleimhaut besteht. Bei der nun folgenden Durchspülung des Sinus entleerten sich mehrere Flocken von schwefelgelber Färbung, die sich in dem Spritzwasser zu Boden senkten (Eiterflocken). Die Kranke fühlte sich im Kopfe alsbald sehr bedeutend erleichtert. Gegen den offenbar vorhandenen peritonsillaren Abscess wurden warme Gurgelungen verordnet, welche der am nächsten Tage hinzugezogene Hausarzt zweckmässiger Weise noch mit warmen Umschlägen um den Hals verbinden liess. Es trat denn auch bald eine reichliche Entleerung von Eiter aus dem Munde ein. Erst am 29. Febr. kam das Fräulein, welches ihren Geschäften schon seit dem 24. Febr. wieder nachgegangen war, nochmals bei mir an. Im Halse fand sich jetzt nichts Abnormes mehr vor, die Anschwellung und Vortreibung der rechten Tonsille war vollständig zurückgegangen; die Nase vollkommen frei und durchgängig, beim Ausspülen derselben wird Eiter nicht mehr gefunden, wohl aber noch, wenn auch in sehr geringer Menge, bei der Durchspülung der rechten Kieferhöhle. Da jedoch irgend welche Beschwerden z. Z. nicht mehr vorhanden sind, zog das Fräulein vor, von einer weiteren, auf Ausheilung der Kieferhöhlenerkrankung gerichteten Kur vorläufig noch abzusehen.

2. Fall. Kurz vorher, am 13. Febr., hatte mich ein hiesiger Kaufmann wegen Halsbeschwerden consultirt. Seiner Erzählung nach war er im vorigen Sommer an einer Halsentzündung erkrankt, die zuerst für eine einfache Angina angesehen, dann aber von einem Specialisten als peritonsillarer Abscess erkannt und durch Incision behandelt worden war. Zur Zeit seiner Vorstellung bei mir bestanden noch immer Halsbeschwerden, die auch durch verschiedene Gurgelwässer nicht hatten beseitigt werden können. Von der früheren Peritonsillitis war nichts mehr zu erkennen, doch fiel mir sofort ein ziemlich starker Fötor aus dem Munde, sowie eine ziemlich stark ausgeprägte nasale Sprache an dem Kranken auf, weshalb eine Ausspülung der Nasenhöhle mittelst der Mayer'schen Douche denn alsbald vorgenommen wurde. Hierbei entleerte sich übelriechender Eiter in ziemlich reichlicher Menge. Auffallender Weise hatte man sich um die Nase des Kranken bis dahin niemals gekümmert. Nach der Ausspülung fühlte sich derselbe im Kopfe, wie auch im Halse bedeutend erleichtert, doch hat er sich zu der in Vorschlag gebrachten Eröffnung der Kieferhöhle bisher noch nicht entschlossen.

In diesen beiden Fällen hat also neben der Peritonsillitis zugleich eine Eiterung der Nasenhöhle, im ersten Falle nachgewiesener Maassen auch der Kieferhöhle bestanden. Es fragt sich nun, ist das ein so zu sagen zufälliges oder ist das ein ursächliches Zusammentreffen, kann der peritonsillare Abscess von der Nasen- bezw. der Kieferhöhleneiterung

[2]) Vergl. meine Arbeit über das zweckmässigste Verfahren zur Eröffnung der Kieferhöhle, Therapeutische Monatshefte 1888, April und Mai.

Digitized by Google

ausgegangen sein? Dass das Abhängigkeitsverhältniss nicht das umgekehrte ist, d. h. dass die Peritonsillitis nicht das Primäre, die Naseneiterung das Secundäre gewesen, das ist wenigstens für den ersten Fall schon durch die anamnestischen Angaben ohne Weiteres auszuschliessen —, wie ich denn überhaupt überzeugt bin, dass eine Naseneiterung niemals durch einen von den Rachenorganen aufwärts steigenden Process bedingt wird [3]).

Sicher im ersten, wahrscheinlich auch im zweiten Falle ist also die Naseneiterung das primäre Leiden gewesen. Dass aber die Fortleitung der Eiterung hier, oder wenigstens doch im ersten Falle, nicht auf dem für gewöhnlich angenommenen Wege stattgefunden hat und dass die Entzündung nicht längs der Continuität der Schleimhaut abwärts gestiegen ist, um dann, an der Oberfläche der Tonsille angekommen, in die Substanz derselben und in das peritonsillare Gewebe vorzudringen und hier zu einer Abscessbildung zu führen, — dagegen spricht wenigstens mit einiger Wahrscheinlichkeit der schon oben erwähnte Umstand, dass bei genauer, ausdrücklich hierauf gerichteter Untersuchung jedweder Substanzverlust an der Oberfläche der Tonsille vermisst worden ist. Aber es giebt ja noch einen anderen, ausserdem viel einfacheren und kürzeren Weg, auf welchem eine Eiterung der Kieferhöhlenschleimhaut nach dem peritonsillaren Gewebe hin sich ausbreiten kann. Wie ein Abscess der Kieferhöhle die mediale [4]), die äussere oder die untere Wand der letzteren durchbrechen, wie er vermittelst der die Facialfläche des Oberkieferkörpers durchsetzenden Gefässstämmchen zu einer Miterkrankung der bedeckenden Weichtheile, zu Infiltration der Wange, zu Gesichtserysipel [5]), zu Lidabscessen [6]), zu Eczem und Acne der Gesichtshaut führen kann, wie ein solcher, längs des Daches der Kieferhöhle fortkriechend oder dasselbe durchsetzend eine Neuritis infraorbitalis, eine Phlegmone des orbitalen Zellgewebes [7]), Iritis [8]) und Panophthalmitis [9]) bedingen kann, so kann eine Eiterung der Kieferhöhlenschleimhaut, durch die hintere Wand des Sinus, durch das Tuber maxillare längs jener das letztere durchziehenden Gefässverästelung fortgeleitet [10]), offenbar auch zu einer

---

[3]) Vergl. meine Abhandlung über Verhütung der Diphtheritis. Danzig, Weber's Verlag. 1887. Weiteres hierüber demnächst, besonders auch bezüglich der Abhängigkeit der sog. Bursitis pharyngealis von Naseneiterungen.

[4]) Vergl. hierüber meine Notiz in dieser Monatsschr. 1879, No. 12, S. 175.

[5]) Vergl. hierüber meine Arbeit über Genese der Gesichtsrose, Deutsche med. Wochenschr. 1858, No. 19.

[6]) Vergl. meine Arbeit über Abscessbildung am unteren Augenlide bei Eiterung der Kieferhöhle, Allgem. med. Centralztg. 1887, No. 48.

[7]) Vergl. meine Arbeit über Orbitalabscess u. s. w. bei Eiterung der Kieferhöhle, Allgem. med. Centralztg. 1887, No. 37 u. ff.

[8]) Vergl. meine Arbeit über Iritis bei Eiterung der Nase und ihrer Nebenhöhlen, Centralbl. f. pract. Augenheilk. 1887, No. 12.

[9]) Vergl. meine Arbeit über Genese der Gesichtsrose, Deutsche medicin. Wochenschr. 1888, No. 19, letzte Anmerkung.

[10]) Vergl. Merkel's Handbuch der topogr. Anatomie, 2. Lieferung 1887, Seite 299.

Digitized by Google

Mitbetheiligung der retromaxillaren Weichtheile Veranlassung geben. Erinnert man sich nun, dass der die Tonsille von aussen her begrenzende Musc. cephalopharyngeus mit mehreren Zacken vom Tuber maxillare[11]) und vom Lig. pterygo-maxillare entspringt, so ergiebt sich ohne Weiteres der Weg, auf welchem eine Eiterung der Kieferhöhle unter Umständen auch zu einer Peritonsillitis führen kann und in den oben berichteten Fällen wohl geführt haben wird. Man hat sich eben nur von der Vorstellung frei zu machen, dass eine in der Kieferhöhle vorhandene Eiterung durch die Sinuswandungen wie durch eine chinesische Mauer abgeschlossen und vom Fortschreiten auf die Umgebung abgehalten sei, man muss sich der zahlreichen Gefässverbindungen erinnern, welche zwischen der Schleimhaut der Kieferhöhle und allen den genannten Gebieten bestehen.

Besonders auch für die Behandlung der recidivirenden Peritonsillitis dürften die im Vorhergehenden dargelegten Verhältnisse wohl nicht ohne practische Bedeutung bleiben.

Ich kann mir nicht versagen, mit ein paar Worten wenigstens noch der Möglichkeit zu gedenken, dass eine Eiterung der Kieferhöhlenschleimhaut, auf dem angedeuteten Wege fortgepflanzt, auf dem Wege einer Peritonsillitis und sodann den Bahnen der Mm. cephalopharyngeus und laryngopharyngeus folgend, wohl auch zu einer Perichondritis des Kehlkopfes Anlass zu geben vermag. In der Literatur finden sich zwar verschiedene Wege angegeben, auf welchen eine von den Kopfknochen ausgehende und den Bindegewebsbahnen folgende entzündliche Infiltration eine Mitbetheiligung des Halszellgewebes zu Stande bringen kann, und besonders ist es ja bezüglich der Periostitis des Warzenfortsatzes und des Unterkiefers allgemein bekannt, dass hier weitreichende Eitersenkungen längs der Halsfascien zu Stande kommen können, aber nirgends ist, soviel ich sehe, die Möglichkeit erörtert, ob nicht auch ein im Gebiete des Oberkieferknochens oder innerhalb seines Sinus gelegener Eiterherd zu einer Eitersenkung am Halse und so auch zu Perichondritis des Kehlkopfes zu führen vermag. Injectionen der Bindegewebsspalträume an der Leiche mittelst gefärbter Flüssigkeiten und dergl., durch welche von Henke, von König u. a. A. so bedeutungsvolle Ergebnisse bezüglich der Ausbreitung der entzündlichen Processe gewonnen worden sind, würden bei passender Anordnung wohl auch über die hier berührten Verhältnisse die besten Aufschlüsse geben, doch bin ich meinerseits z. Z. leider nicht in der Lage, in diesen Gegenstand nach allen Richtungen hin mich zu vertiefen.

---

[11]) Vergl. Henle's Atlas, Taf. 211, Fig. 2.

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Aus dem Berichte über die an der k. k. Universitätsklinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Jos. Gruber in Wien im Jahre 1887 ambulatorisch behandelten Kranken.

Fremdkörper im äusseren Gehörgange.

In einem Falle, wo ein Wattepfropf zu tief in den Gehörgang gerieth, wurde die Entfernung vorgenommen, bevor Patientin noch zu uns kam, dabei aber das Trommelfell durchstossen. Es entstand Trommelfellentzündung mit profuser Eiterung, die erst nach 2 Monaten heilte.

In einem zweiten Falle, wo ein wegen Zahnschmerz in den Gehörgang gebrachtes Knoblauchstück durch Extractionsversuche ohne Beleuchtung des Operationsfeldes tief in den knöchernen Theil des Gehörganges gestossen wurde, fanden sich schon bei der ersten Untersuchung stürmische Otorrhoe, periostale Entzündungserscheinungen am Proc. mastoid. und Zuschwellung des Gehörganges; hier musste erst die Otitis media und externa bekämpft werden, worauf die Entfernung des Fremdkörpers mittelst Pincette gelang; der Fall verlief dann günstig.

Alljährlich, von allen Seiten, immer wieder auf's Neue werden die alten Klagen erhoben, dass das einfachste Mittel, das Ausspritzen, perhorrescirt und mit Kornzangen und Pincetten, ja spitzen Haken ohne Beleuchtung in die Tiefe des Gehörganges eingegangen wird, aber noch immer wird auf diesem Gebiete fortgesündigt. Gewiss eine laut schreiende, wenngleich wenig gehörte Mahnung, wie dringend geboten das allseitige Studium der Ohrenheilkunde wäre!*)

Ein Fall von Herpes auricularis idiopathicus, mit completer gleichseitiger Facialislähmung,

die offenbar auf dasselbe ätiologische Moment zurückzuführen war, complicirt, verdient besonders erwähnt zu werden.

A. O., Tischler, 31 Jahre alt, anämisch, sonst gesund, wurde wegen heftiger Schmerzen in der linken Ohrmuschel aus dem Ambulatorium des Herrn Prof. Rosenthal am 7. Oct. 1887 an uns gewiesen. Er gab an, seit 3 Tagen heftige Schmerzen zu empfinden, die zuerst die linke Stirnhälfte befallen hatten, dann auf die linke Ohrmuschel übergingen. Tags darauf bemerkte er Schwellung derselben, und einige Tage später fällt ihm auf, dass sein Gesicht „verschoben" sei. Die Untersuchung ergab folgendes Resultat: Die Ohrmuschel an ihrer vorderen Fläche geschwollen, geröthet, heiss; in der Concha eine Gruppe linsengrosser, dunkel blaugrauer, anscheinend mit seröser, etwas blutig gefärbter Flüssigkeit erfüllter Bläschen, die gegen den Gehörgang liegenden mit dickem Eiter erfüllt. Im Gehörgange befindet sich eine geringe Menge Eiters, nach dessen Entfernung die hintere Gehörgangswand entzündet erscheint. Das Trommelfell ist geröthet und so geschwollen, dass der kurze Fortsatz nur angedeutet, der Hammergriff gar nicht sichtbar ist. Uhr 37 Ctm., Flüstersprache 2 Mtr.; Rinne positiv; Weber nach links. Beim Cathe-

*) Erlebe ebenso grausige Fälle und mein Rath, den ich im Colleg gebe, wird wenig beachtet; von jedem Arzte — wenn er nicht Ohrenarzt ist — kann man verlangen, dass er den Fremdkörper im Ohre lässt! Voltolini.

Digitized by Google

terismus freies Einströmen der Luft ohne Spur eines Perforationsgeräusches, ohne Exsudatrasseln; nach demselben keine Besserung constatirbar. — Rechtes Ohr: Trommelfell getrübt, im vorderen, unteren Quadranten eine hirsekorngrosse, circumscripte, dunkle, atrophische Stelle.

Am nächsten Tage kam Pat. wieder in's Ambulatorium; die Schmerzen waren nach Auflegen von in 5procentiger Cocainlösung getauchten Wattestückchen auf die Bläschen geschwunden, am Antihelix war eine neue Bläschengruppe aufgeschossen. Trommelfellbefund wie am vorigen Tage, Flüstersprache auf 3/4 Mtr. gesunken. Totale linksseitige Facialislähmung.

Im Verlaufe zweier Wochen ging die Schwellung am Trommelfelle zurück, worauf an derselben Stelle, wie rechts, nach vorn und unten vom Umbo eine hanfkorngrosse circumscripte Atrophie, herrührend von vorausgegangenen Processen, constatirt werden konnte. Die Hörweite für die Uhr betrug 2 Mtr. Nach 6 Wochen ging unter galvanischer Behandlung die Facialislähmung fast vollständig zurück; bei der letzten Untersuchung (22. April 1888) konnte jedoch noch eine leichte Parese des Mundastes bemerkt werden.

Otitis externa furunculosa

wurde in gewohnter Weise, zumeist mit den von Gruber in die Praxis eingeführten Gelatinepräparaten (mit Extractum opii aquosum) behandelt; nur in wenigen Fällen ergab sich die Nothwendigkeit, die operative Eröffnung des Furunkels vorzunehmen. In 2 Fällen wurde bei Otit. externa fur. smaragdgrüner Eiter vorgefunden und Züchtungsversuche mit ihm angestellt; er erwies sich gefärbt durch den Bacillus pyocyaneus, von dem sich Gruber auf experimentellem Wege überzeugte, dass er im Stande sei, Otitis externa furunculosa hervorzurufen*).

Fractura manubrii mallei.

J. B., 54 Jahre alt, Maurerpolier, hatte von Kindheit an bis zum 12. Jahre links Ohrenfluss; im Alter von 19 Jahren stürzte er von einem Gerüste aus der Höhe des zweiten Stockes auf einen Sandhaufen, war bewusstlos und 6 Wochen hindurch blieb darnach die ganze rechte Körperhälfte gelähmt. Vor 16 Jahren war er genöthigt, wegen Recidive seiner Otorrhoe Prof. Gruber's Ambulatorium aufzusuchen, wo das Uebel binnen Kurzem behoben wurde. Im Herbste 1887 stellte er sich wieder vor, da er von lästigem Beissen im linken Ohre geplagt werde, weshalb er sich öfters mit spitzen Gegenständen kratzte. Es wurde nun folgender Status vorgefunden. Linkes Ohr: Gehörgang normal, der hintere Theil des Trommelfelles von einer halbkugeligen, grünen Eitermasse bedeckt, die vordere Hälfte intensiv geröthet. Nach der Ausspülung sieht man das Trommelfell hochgradig verändert. Die Membran stark nach einwärts gewandert, glänzend; die Paukenschleimhaut schimmert rosenroth durch; allenthalben ziehen injicirte radiäre Gefässe von der Peripherie zum Centrum. Vorne und unten zeigt sich der periphere Theil des Trommelfelles verdickt, mit einem scharfen Rande gegen die centrale Parthie abgeknickt. Kurzer Fortsatz an normaler Stelle, deutlich vortretend. Die

*) Siehe J. Gruber: »Ueber das Vorkommen grünen Eiters im Ohre«, Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 6/7, 1887.

Digitized by Google

oberste Hammergriffparthie zieht von ihm 1 Mm. weit nach hinten, um in einem Winkel von etwa 110° in das mittlere, 3 Mm. lange, das Trommelfell gegen den Gehörgang vorwölbende Stück überzugehen. Von diesem mittleren Stücke zieht, nahezu parallel mit dem obersten Stücke, der dritte, unterste Theil des Griffes, welcher knochenhart für die Sonde anzufühlen ist, nach unten, um in der weissen, verdickten, peripheren Parthie des Trommelfelles zu enden. Knapp hinter dem mittleren Theil des Hammergriffes eine lineare schwarze Perforation.

Uhr 3 Ctm., Flüstersprache 14 Ctm., laute Sprache 66 Ctm.; Rinne mit hohen und tiefen Stimmgabeln negativ; beim V. V. keine Bewegung am Trommelfelle sichtbar, ebensowenig beim Catheterismus. Nach demselben nur unwesentliche Besserung der Hörweite. Offenbar hatten wir es in diesem Falle mit einer geheilten Fractur des Hammergriffes zu thun; wann und wie dieselbe entstand, lässt sich nicht mit Gewissheit bestimmen.

Perforatio sicca membranae tympani

wurde häufig in Verbindung mit Kalkablagerungen im Trommelfelle, Bindegewebsneubildung an der Paukenschleimhaut etc. beobachtet. In den Fällen, wo ein Wiederersatz des Verlorengegangenen nicht zu erzielen war, versuchten wir das künstliche Trommelfell, und zwar fast ausschliesslich die von Gruber in die Praxis eingeführten Gummi- und Leinen-Trommelfelle mit Seidenfaden. Um es auch den Aermsten zu ermöglichen, dieses Trommelfell, zu dessen Einführung Gr. eine eigene Pincette angegeben hat, in Anwendung zu bringen, giebt derselbe ein neues Führungsstäbchen*) an, das für wenige Kreuzer zu haben ist. Es besteht aus einem dünnen, 5 Ctm. langen Neusilberstäbchen, das an seinem inneren, beim Einführen gegen das Trommelfell gerichteten Ende eine 2 Mm. Durchmesser haltende, mit ihrer Ebene senkrecht gegen die Axe des Stäbchens gestellte Oese besitzt. Letzterer liegt das künstl. Trommelfell an, wenn der Faden durch die Oese eingeführt ist. Die Einführung geschieht dermassen, dass der Faden des k. Trommelfelles durch die Oese gesteckt, straff angezogen und durch Andrücken an das Stäbchen festgehalten wird; dann führt man das Trommelfell ein und lässt, wenn es richtig sitzt, den Faden los; beim Zurückziehen des Stäbchens bleibt jetzt das Trommelfell in der ihm gegebenen Lage.

In einigen Fällen von persistenten Trommelfelllücken haben wir es versucht, mit der von Guranowski in Warschau empfohlenen Photoxylinlösung den Verschluss zu bewerkstelligen. Die Versuche mit diesem Mittel, das nur durch grössere Klebekraft vom Collodium sich zu unterscheiden scheint, sind jedoch noch nicht so weit gediehen, um ein Urtheil über diese Methode abgeben zu können.

---

b) Rhinologische:

Ueber adenoide Vegetationen. Von Dr. E. Weil in Stuttgart. (Württ. med. Corresp.-Blatt No. 27, 1888.)

Die adenoiden Wucherungen oder die Hypertrophie der Luschka'schen Rachenmandel ist den Aerzten erst seit kurzer Zeit

*) Zu haben bei H. Reiner, Van-Swietengasse No. 10.

Digitized by Google

bekannt, und zwar seit Einführung der Rhinoscopie durch Czermak. Zuerst Voltolini*), dann Loewenberg und später hauptsächlich Wilh. Meyer**) in Copenhagen haben auf die Krankheit aufmerksam gemacht.

Während man unter dem Eindruck der Arbeit von Meyer längere Zeit der Ansicht war, dass die adenoiden Wucherungen hauptsächlich an der See vorkommen, weiss man jetzt, dass die Krankheit auch im Binnenland sich sehr viel findet, bei Erwachsenen, wie überall, seltener, bei Kindern dagegen sehr häufig. Nach Verf. stellen in Württemberg die adenoiden Vegetationen einen sehr grossen Procentsatz der Erkrankungen des Kindesalters, wie ein Besuch in jeder Schule dieses Verhältniss erweise. Blos ein relativ geringer Theil der Erkrankten kommt zum Arzt, von dem sie dann meistens auch nur gelegentlich entdeckt werden — gewöhnlich bei Ohrenleidenden, da die Erkrankung sehr häufig Tubar- und Mittelohrcatarrhe und Eiterungen zur Folge hat.

Was die Differenz zwischen Land- und Seegegend betrifft, so glaubt Verf., dass die Differenz hauptsächlich im Grad der Erkrankung liegt, insofern an der See häufiger grössere Wucherungen vorkommen sollen. W. selbst hat noch wenige solche Fälle gesehen, bei denen der ganze Nasenrachenraum ausgefüllt ist. Erst jüngst hat er einen 13jährigen Knaben aus der Umgebung Stuttgarts behandelt, bei dem bei der Rhinoscopia posterior der Nasenrachenraum sich so ausgefüllt fand, dass von Choanen und Septum nichts mehr zu sehen war. Ausserdem besitzt er ein Präparat von einem in der Olgaheilanstalt verstorbenen Kinde, bei dem der ganze Nasenrachenraum mit zerklüfteten Wucherungen ausgefüllt ist. Das Präparat zeigt nach Verf. auch, dass die Ansicht von Trautmann etc. und Derer, die behaupten, dass die Wucherungen nur am Schädelgewölbe ihren Sitz haben, falsch ist: Die Wucherungen sitzen hier hauptsächlich am Schädelgewölbe, aber auch in den Rosenmüller'schen Gruben etc. Uebrigens hat Verf. auch schon öfters solche Fälle gesehen, wo rhinoscopisch der Sitz auch an den Seitenparthien des Nasenrachenraumes deutlich nachzuweisen war. Einige Male sah er starke Wucherungen von der hinteren Wand ausgehen; das Schädelgewölbe war in diesen letzteren Fällen beinahe ganz frei.

In weitaus den meisten Fällen aber ist, auch nach Verf.'s Beobachtungen, der Sitz am Schädelgewölbe. Man sieht in diesen Fällen die blassröthlichen Wucherungen in der Form einer Halbkugel über einen Theil der Choanen und des Septum herunterhängen. Die zerklüfteten, stalactitenartigen Formen sind — in Stuttgart wenigstens — viel seltener; seltener, als man nach den Angaben in der Literatur erwarten sollte.

Die Ursachen der Erkrankung an adenoiden Wucherungen sind unbekannt. Manche sprechen von Scrophulose, doch kann diese nach Verf. nicht ausschlaggebend sein. Es giebt eine grosse Anzahl von Patienten, die sonst kein Zeichen von Scrophulose bieten, andere verlieren nach Entfernung der Wucherungen alle Zeichen, die vorher den Verdacht auf Scrophulose erweckten. Ob Erblichkeit eine Rolle spielt,

*) Bereits 1865. V.
**) Archiv f. Ohrenheilkunde 1873. V.

Digitized by Google

lässt Verf. noch dahingestellt. Da in Stuttgart die Fälle nicht so ausgeprägt vorkommen, sind natürlich auch die Symptome, aus denen sich gewöhnlich schon äusserlich die Diagnose stellen lässt: stupides Aussehen, abgeflachte Nasenflügel, Verstrichensein der Nasolabialfalte, offener Mund und dann die todte Sprache selten ganz markant zu finden; meistens muss schon theilweises Verstecktsein der Nase und Schnarchen Verdacht erregen, falls Gaumenmandelhypertrophie und starke Schwellung der Nasenschleimhaut fehlen. Schnupfen gehört nicht zu den Symptomen. Nicht selten finden sich unter Verf.'s Patienten solche mit ausgeprägten Wucherungen, die nie ein Taschentuch nöthig haben, was er als einen Beweis dafür ansieht, dass die Ansicht Derer, die behaupten, der chronische Schnupfen bei Patienten mit adenoiden Wucherungen sei Folge venöser Stauung durch die Wucherungen, falsch ist.

Die genaue Diagnose stellt man entweder mit dem Finger, oder mit der Rhinoscopia anterior, oder noch besser mit der Rh. posterior.

Mit dem Finger — und Verf. empfiehlt speciell diese Methode Denen, die nicht rhinoscopiren — ist die Diagnose rasch gestellt.

Man geht beim Patienten, der etwas niedrig sitzt, schnell hinter dem weichen Gaumen in die Höhe und kann so leicht die schlüpfrigen, weichen Gebilde fühlen und ihren Umfang abtasten. Der Finger wird hierbei beinahe immer etwas blutig. Die Digitaluntersuchung ist jedoch den meisten Patienten recht unangenehm; deshalb räth Verf., so oft es möglich ist, mehr die Rhinoscopie zu benutzen. Hier und da, bei weiter Nase, sieht man schon von vorn die grauröthlichen Gebilde, die in den Nasenrachenraum herunterhängen.

Meistens ist die Rhinoscopia posterior nöthig. Sie ist auch bei Kindern möglich, weil der Gaumen häufig ziemlich weit von der hinteren Rachenwand absteht. Das Wichtigste bei der Rhinoscopie ist, vorsichtig vorzugehen. Man drückt zuerst die Zunge langsam herunter; hierzu empfiehlt Verf. einen Zungenspatel, wie er ihn mit einem Gaumenhakenhalter in dieser Monatsschrift No. 7, 1888, mittheilte, ermahnt den Pat., ruhig weiter zu athmen, nimmt dann am besten einen recht kleinen Spiegel und geht rasch ein. W. geht zuerst nur so weit ein, dass er die hintere Wand von Uvula und Gaumen sieht, hebt dann den Griff leicht und geht dann noch etwas nach hinten. Hierbei sieht man dann bei gehöriger Beleuchtung rasch, ob Wucherungen vorhanden sind. Ein kurzer Moment genügt, um die Diagnose zu stellen. Von Hauptwerth ist es bei der Untersuchung, dass nichts mit dem Spiegel berührt wird. Dies ist natürlich, je grösser der Spiegel ist, desto eher möglich. Deshalb zieht Verf. auch die kleinsten Spiegel vor, obwohl grössere ein besseres Bild geben würden; aber die Gefahr der Berührung ist bei ihnen zu gross. Ist eine solche vorgekommen und sind einmal Contractionen ausgelöst, so ist nur mit grosser Mühe möglich, die Untersuchung weiter vorzunehmen, da die — meistens kleinen — Patienten immer mehr ihre Ruhe verlieren. Längeres Ueben, der Gaumenhaken und Cocain müssen dann aushelfen. (Cocain gebraucht Verf. übrigens bei Kindern recht ungern, weil dieselben durch die Manipulationen des Einreibens und den bitteren Geschmack des Mittels gewöhnlich so unangenehm werden, dass die Rhinoscopie dadurch nur noch mehr erschwert

Digitized by Google

wird.) Die Diagnose: „Adenoide Wucherungen“ stellt Verf., wenn der obere Choanenrand nicht frei ist. Dass Wucherungen bei freiem oberen Rand in der Form, wie sie Störk (Laryngoscopie und Rhinoscopie, 1. Hälfte, S. 118, Fig. 39 u. 40) abbildet, vorkommen, hält er nicht für möglich.

Ist die Diagnose gestellt, so geht Verf. gern, um jede längere Aufregung zu ersparen, sofort an die Entfernung. Er benützt hierzu derzeit am liebsten die Schütz'sche Zange*), die merkwürdiger Weise noch wenig bekannt ist.

Es ist das eine Zange, die, im Gegensatz zu den bisher üblichen, die von rechts nach links fassen, von vorn nach hinten schneidet. Da es bei der ursprünglichen Schütz'schen Zange nöthig ist, die Zange ungemein weit zu öffnen, um die schneidenden Branchen genügend weit zu bekommen, hat Verf. sich von Instrumentenmacher Henger in Stuttgart ein Instrument machen lassen, bei welchem dieser Fehler vermieden wird. Die von Anderen angegebenen, von links nach rechts schneidenden Zangen haben nach Verf. den Nachtheil, dass man mit ihnen bei unruhigen Patienten leicht die Uvula oder den weichen Gaumen mitfasst und hier unangenehme Quetschungen macht. Den scharfen Löffel hat Verf. noch wenig benützt, ebenso selten die kalte Schlinge durch Mund oder Nase eingeführt. Das Lange'sche und das Hartmann'sche Messer, das er früher viel gebraucht hat, haben, wie er erfahren, den Fehler, dass sie beim Schneiden gewöhnlich ziemlichen Schmerz hervorrufen, weil man hierbei leicht den einen Tubenwulst verletzt; auch stärkere Blutungen sieht man öfters bei ihrer Anwendung.

Bei der Schütz'schen Zange muss man sich in der Mitte halten, um nicht den Tubenwulst, falls dieser stark hervorragt, zu fassen. Verf. führt das Instrument bei Beleuchtung mit dem Stirnspiegel bei leicht niedergedrückter Zunge ein, ermahnt den Patienten, ruhig fortzuathmen, geht dann blind in die Höhe und schneidet, was er kann, ab. Der Schmerz ist, wenn die Zange genügend scharf ist, ein sehr geringer. Die Blutung, die aus Nase und Mund kommt, ist gewöhnlich auch recht unbedeutend, so dass die Pat. bei einigem Zureden meistens erlauben, noch 1 — 2 Mal einzugehen, und das, wenn es nöthig ist, in späteren Sitzungen zu wiederholen. — Zu Chloroform zu greifen, hatte Verf. bisher nie nöthig, dagegen benützt er bei Erwachsenen öfters Cocain. Auch bei der Schütz'schen Zange genügt — wie Verf. Schütz gegenüber betont — selten ein einmaliger Eingriff; meistens ist eine nochmalige Sitzung nöthig; bei dem Knaben mit dem ausgefüllten Nasenrachenraum brauchte Verf. 12 Sitzungen, trotzdem er in jeder Sitzung mehrere Mal die Zange einführte. — Ist der Eingriff fertig, so genügen zur Stillung der Blutung in weitaus den meisten Fällen einige Minuten ruhiges Verhalten; wenn nöthig, schiebt Verf. etwas Watte in die Nase. Ausspritzungen nimmt er nie vor. — Zur Nachbehandlung muss der Patient sich am Tage der Operation ruhig halten, womöglich ins Bett gehen und dort bis zum anderen Tag bleiben, worauf er dann aufstehen darf, wenn er sich behaglich fühlt. — Nach einigen Tagen wird der Eingriff, falls ein solcher nöthig ist, wiederholt und die Behandlung fort-

*) Centralbl. für chirurg. u. orthopäd. Mechanik No. 10.

Digitized by Google

gesetzt, bis die Choanen frei sind. Zu genau ist Verf. bei der Entfernung nicht, weil die übrig gebliebenen Wucherungen erfahrungsgemäss noch nachträglich schrumpfen und weil er befürchtet, dass, wenn zu viel entfernt wird, atrophische Zustände mit ihren Folgen eintreten. — Dieselbe Vorsicht lässt Verf. auch bei Behandlung von Rhinitis hypertrophica und Pharyngitis bei Benützung der Galvanocaustik oder des Thermocauters walten.

Die Begleiterscheinungen, wie Schwellungen der Nasenschleimhaut und Erkrankungen des Rachens und des Kehlkopfes, behandelt Verf. gern erst am Schluss der Cur, da er beobachtet hat, dass sie nicht selten nach Behandlung der adenoiden Wucherungen von selbst zurückgehen. Bei Gaumentonsillenhypertrophie hat er das noch nicht gesehen, deshalb werden die hypertrophischen Mandeln baldmöglichst mit dem Tonsillotom entfernt. Doch schneidet Verf. seit längerer Zeit nur das hypertrophische Stück ab, sieht dagegen von der Ausschneidung der ganzen Mandel ab, wodurch nach seiner Ansicht grössere Blutungen vermieden werden.

Bei Ohraffectionen soll man lieber nicht zuwarten, dieselben vielmehr zwischen herein behandeln, aber nie wendet Verf. die Luftdouche an, falls kurz vorher Vegetationen entfernt worden sind.

Das Resultat der Behandlung ist ein erfreuliches: Die Patienten schlafen ruhiger, fühlen sich wohler, in der Athmung freier, bekommen ein frischeres Aussehen, werden auch geistig lebhafter, hören besser, verlieren ihre Catarrhe und werden in kurzer Zeit häufig ganz andere Menschen. R.

Ueber Therapie der oberen Luftwege. Von Dr. H. Schmaltz in Dresden. (Jahresb. d. Gesellsch. für Natur- u. Heilkunde zu Dresden 1887/88.)

Der Vortragende erörtert zunächst in eingehender Weise die Beziehungen zwischen Beschaffenheit der oberen Luftwege (Nase, Pharynx und Nasenrachenraum) einerseits und der Gestaltung des Schädels und der knöchernen Grundlage des Antlitzes, sowie der Weichtheile desselben andererseits, wie sie namentlich von Zuckerkandl, Welcker und Ziem für die erstere und von Meyer (Copenhagen) für die letztere hervorgehoben und dargestellt worden sind und kommt dann zu dem Verhältnisse des Zustandes jener Organe 1) zur Ernährung, 2) zum Gaswechsel und der Athmung im Allgemeinen. Abgesehen von der Ernährungs-Beeinträchtigung durch Behinderung des Saugens in Folge von Verstopfung der Nase bei Säuglingen, findet eine solche auch in späteren Lebensaltern statt durch Würgen, Erbrechen und Ekelgefühl, durch Anosmie und Parosmie im Anschluss an verschiedene Krankheiten der Nase und des Rachens, inbesondere auch des, von Tornwaldt als Prädilectionsstelle für Borkenbildung bezeichneten Rachendaches bezw. der Bursa pharyngea.

Was die Beziehungen zur Athmung anlangt, so stehe der Satz obenan, dass die Athmungsluft selbst, der Gaswechsel und die Lungen im Allgemeinen beeinträchtigt werden, wenn die oberen Luftwege nicht in normaler Weise functioniren, wie dies namentlich durch Kussmaul und Aschenbrandt in überzeugender Weise nachgewiesen wurde.

Digitized by Google

Von diesen directen Schädigungen durch verkümmerte Nasenathmung geht Sch. auf die Reflexvorgänge über, wie sie nach anatomischen Veränderungen in den obersten Luftwegen sehr häufig verursacht werden und zwar namentlich das Asthma nervosum, gewisse Formen von Husten und Enuresis nocturna. Die letztere glaubt er als Resultat einer Ueberladung des Organismus mit Kohlensäure, in Folge von Verminderung des Gaswechsels bei reiner Mundathmung in ähnlicher Weise auffassen zu müssen, wie die beeinträchtigte Hirnthätigkeit nach Hypertrophie der Luschka'schen Tonsille bei Kindern.

Zu der Besprechung aller dieser Einflüsse, welche von dem Grade der Functionsfähigkeit der oberen Respirationsorgane auf den Gesammtorganismus ausgeübt werden, fügt Redner weiterhin noch solche hinzu, die hinsichtlich specieller physiologischer Vorgänge sich bemerkbar machen, so namentlich den Zusammenhang zwischen Erkrankung der Nasen-Rachenorgane und solchen des Gehörapparates, des Auges und des Riechvermögens, Störungen, welche unter Umständen zur Grundlage von Hypochondrie, Melancholie, ja selbst schwersten Formen von Psychosen zu werden vermögen. — Nachdem Sch. noch über das Wesen der Ozaena sich verbreitet und der Vermuthung Raum gegeben, dass dasselbe in einer fettigen Degeneration der Epithelien, besonders auch der acinösen und Bowman'schen Drüsen der ozaenakranken Schleimhaut und einem Coccus als Krankheits-Erreger bestehen (eine Combination der Habermann'schen und Löwenberg'schen Untersuchungen), schliesst er mit einer kurzen Betrachtung der Abhängigkeit des Sprechens und Singens von Zuständen der oberen Luftwege, daran erinnernd, dass nach Beobachtungen Gerhardt's und Heymann's z. B. Stimmbandlähmungen erst nach Behebung von Nasenerkrankungen geheilt wurden, dass die sogen. todte Sprache oft Folge der hypertrophischen Luschka'schen Tonsille sei und dass das häufige Belegtsein der Stimme, der Mangel an Metall oft vornehmlich dadurch erzeugt werde, dass, wie Michel meint, die, eine Resonanzfläche darstellende Rachenwand durch krankhafte Processe uneben und höckrig und als zur Reflexion der Schallwellen ungeeignet geworden betrachtet werden müsse.

Beziehentlich der Therapie richtet sich u. A. der Vortragende energisch gegen den Missbrauch der Soolbäder bei den Zuständen, welche allerdings, dem äusseren und allgemeinen Krankheitsbilde nach, der Scrophulose ähneln, bei genauer Untersuchung aber sich als einfache locale Erkrankung des Nasen- und Nasenrachenraumes darstellen (Sch. nennt sie pseudoscrophulöse Symptome) und nach relativ einfacher Localbehandlung verschwinden; ferner gegen die gemeinhin verordneten Gurgelungen, das dem Kranken selbst überlassene Pinseln mit irgend einem Adstringens, dann die Abkappung der Uvula und endlich das planlose Trinkenlassen alcalischer Säuerlinge. Heilung oder Besserung mit thunlichster Reconstruction der Schleimhaut werde durch genannte Proceduren nicht erreicht. Viel wichtiger seien dagegen z. B. bei den verschiedenen Formen des chron. Nasenrachencatarrhs zur Beseitigung umschriebener Hyperplasieen, namentlich des um den erweiterten Ausführungsgang einer Schleimdrüse gelegenen lymphatischen Gewebes, genau zu localisirende Aetzungen, am besten vermittelst der Galvanocaustik. (Redner warnt bei dieser Gelegenheit vor einer Verletzung der Art. pharyng.

Digitized by Google

ascend., welche er, wie auch Farlow in Boston, in einem Falle ausserordentlich entwickelt vorfand*).

Die mit voller Berücksichtigung der einschlägigen Literatur geschriebene, ausführliche und durch Mittheilung zahlreicher bezüglicher Krankenbeobachtungen des erfahrenen Autors illustrirte Arbeit wird gewiss das Interesse nicht blos der Specialcollegen, sondern auch des weiteren ärztlichen Publikums zu erwecken im Stande sein.

Dr. Beschorner.

Ueber das als „senile Nasenbluten" bekannte Nasenbluten. (De l'épistaxis considérée comme hémorrhagie sénile.) Von Dr. Merignac. (Thèse de Bordeaux 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 1, 1888.)

Im vorgerückten Alter wird das Nasenbluten seltener wegen der Atrophie der Schleimhaut, wegen des Verstopftwerdens der kleinen Blutgefässe und wegen des Fehlens der meisten, das Nasenbluten bei jüngeren Leuten hervorrufenden Ursachen. Bei Greisen kann Nasenbluten entstehen: 1) wegen allgemeiner Ursache, Debilität der Gewebe, 2) wegen disponirender Ursachen, als Krankheiten, auch wenn selbe die Nase nicht befallen, 3) wegen zufälliger Ursachen, als Ermüdung, Aufregung. — Diagnose und Prognose hängen von den Ursachen und dem jedesmaligen Blutverluste ab. Man soll den Anfall so schnell und so energisch als möglich unterdrücken, wenngleich man früher das Gegentheil aus Furcht vor Apoplexia cerebralis behauptete. Dr. P. K.

Milchnahrung durch die Nase beim Säugling. (De l'allaitement par le nez. De son utilisation dans la pratique.) Von Dr. Saint Philippe. (Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1888.)

Die Methode, zwar schon lange bekannt, doch selten ausgeführt, soll jedes Mal ausgeführt werden, wo das Saugen unmöglich ist. Das Kind wird horizontal gehalten und Milch mittelst eines Theelöffels abwechselnd durch beide Nasenlöcher eingegossen; das Schlucken, obgleich umgekehrt, geht gewöhnlich regelmässig vor sich. Das Athmen wird manchmal unregelmässig, meist aber geht es normal von Statten.

Verf. erzählt das Beispiel eines zu früh geborenen Kindes, welches während vier Wochen auf obengenannte Weise genährt wurde, weil es nicht saugen konnte; nach dieser Zeit konnte es saugen und genas vollständig. Dr. P. K.

---

*) In der dem Vortrage folgenden Discussion theilte u. A. Dr. Beschorner einen Fall mit, in dem bei galvanocaustischer Beseitigung einer hyperplastischen Schleimhautparthie der hinteren Rachenwand bei einem jungen Mädchen sich ihm eine heftige Blutung ereignete, welche erst nach längerer Compression vermittelst eines festgedrehten Watte-Tampons stand und zweifellos der Art. phar. ascend. entstammte, welche ziemlich weit nach der Mittellinie zu in ungewöhnlicher Stärke verlief. Auch er warnt dringend vor zu sorglosem Manipuliren mit dem Galvanocauter an der hinteren bezw. seitlichen Rachenwand.

Digitized by Google

Einspritzen von Citronensäure bei Nasenbluten. (Des injections de jus de citron dans les épistaxis.) Von Dr. Geneuil.

Wenn alle anderen Medicamente versagen, soll man Citronensäure probiren; vorerst soll mit einer gewöhnlichen Nasenspritze mittelst kaltem Wasser die Nase gereinigt werden, dann soll man eine gewöhnliche Tripperspritze voll frisch ausgepressten Citronensaft einspritzen. Die einmalige Operation genügt gewöhnlich. Der Citronensaft ist der Citronensäure, in Wasser gelöst, vorzuziehen. Dr. P. K.

Behandlung des Heufiebers und des Rosenschnupfens. (Traitement de la fièvre des foins et du coryza des roses.) Von Dr. Da Costa. (Union médicale, Juli 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 1, 1888.)

6—8 Tropfen einer 4procentigen Cocainlösung bringen Erleichterung während des asthmatischen Anfalles; man kann in die Nase folgendes Pulver einblasen: Chin. sulfur. 2 Gramm, Benzoes pulv. 4 Gramm.

Beim Rosenschnupfen soll man anfangs 2-, nachher 4procentige Cocainlösung einspritzen. Dr. P. K.

Acuter Abscess der Nasenscheidewand. (Abcès aigu de la claison des fosses nasales.) Von Dr. Moure. (Communication faite à la société française de laryngologie, April 1888.)

Ein 23jähriges Mädchen bemerkt seit 20 Tagen ein Eingesunkensein des Nasenrückens. Schmerz, Fieber, Schnupfen, Hautröthung, Prolapsus der Mucosa durch beide Nasenöffnungen, geschwollenes Gesicht liessen an ein Erysipelas denken.

Die Behandlung war dementsprechend. 3 Tage später öffnete sich ein Abscess in der Nase und Patientin war erleichtert. Dr. P. K.

Gumma der inneren Fläche des Nasenflügels. (Gomme syphilitique de la face interne de l'aile du nez.) Von Dr. Moure. (Revue mens. de laryngologie No. 1, 1888.)

Verf. betont die Seltenheit des Vorkommens und beschreibt einen solchen Fall; man soll immer vor dem Jodkalium eine Quecksilbercur gebrauchen lassen oder beide zugleich anwenden. Ein solches Gumma wird leicht mit einem malignen Tumor verwechselt. Anamnese und Alter verhelfen zur richtigen Diagnose. Dr. P. K.

Ueber Nasentuberculose. (De la tuberculose nasale.) Von Dr. A. Cartaz. (France médicale, Juli 1887 und Archives des laryngologie, de rhinologie etc. No. 2, 1887.)

Seltene Localisation der Tuberculose. Gestützt auf 18 Beobachtungen, giebt Verf. die Beschreibung des Leidens. Es kann in 2 Formen auftreten: 1) Die ulceröse Form, langsam beginnend, meist am Septum, nahe am Nasenboden sitzend, indolent, die Nase nicht entstellend. 2) Die vegetative Form, tumorartig verstopft sie die Nasenhöhle, Patient klagt über dieses Verstopftsein; wässriger, dann eitriger und blutig-eitriger Ausfluss; kein Schmerz; blassrothe Granulationen, himbeerartig geordnet, können bis haselnussgross werden, sind weich und zerbröcklich.

Digitized by Google

Wenn keine Lungentuberculose nachgewiesen werden kann, so ist die Diagnose nicht ohne den microscopischen Nachweis der Koch'schen Bacillen zu stellen. Die Behandlung besteht in Galvanocauterisation oder Bepinselungen mit Acid. lactic. (30 pCt.) oder Einblasungen von Jodoform.

Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber Bauchrednerkunst. Von Dr. Beschorner. (Jahresber. d. Gesellsch. für Natur- und Heilkunde zu Dresden 1887/88.) Autoreferat.

In der Sitzung genannter Gesellschaft am 17. December 1887 hielt der Bauchredner Herr Otto Meyer aus Hamburg einen Vortrag über seine Kunst und illustrirte denselben durch einige bezügliche Productionen. Dr. B. nahm Gelegenheit, ihn rhino-pharyngo-laryngoscopisch zu untersuchen und fand durch das gewonnene Resultat die jetzt allgemein herrschende und wohl zweifellos richtige Annahme bestätigt, dass es sich bei der Ventriloquie nicht um eine abnorme Beschaffenheit der die Töne und Laute producirenden Organe, sondern nur um eine aussergewöhnlich geschickte Beherrschung derselben handelt.

Die erwähnte Untersuchung ergab Folgendes:

Bei ruhiger Athmung*) oder einfacher Intonation eines Brusttones konnte irgend welche wesentliche Abnormität der Gebilde weder im Rachen- und Nasenrachenraume, noch auch im Kehlkopfe wahrgenommen werden. Sämmtliche einzelne Theile waren normal configurirt, ihre Bewegungen frei; die Stimmbänder insbesondere zeichneten sich weder durch besondere Form, noch Grösse, noch Spannungsverhältnisse aus. Die Epiglottis, stark nach rückwärts geneigt, hob sich ausgiebig bei Angabe des „e" und gestattete dann vollen Einblick in die unterliegenden Gebilde, bei Respiration sowohl, wie bei Phonation; Gaumenbögen, Zäpfchen, Tonsillen boten gleichfalls keinerlei auffallende Gestaltsveränderung.

Anders stellten sich die Verhältnisse beim Anschlagen sogenannter Ventriloquenztöne dar. Im Nu spannten sich die Gaumenbögen straff, fast geradlinig an; das Zäpfchen zog sich, etwas nach hinten schlagend, dergestalt in sich selbst zurück, dass von vorn keine Spur mehr davon zu bemerken war. Die Gaumenbögen umschlossen dementsprechend einen spitzen Winkel, dessen Scheitel rückwärts die hintere Rachenwand berührte, ohne dass jedoch das Cavum pharyngo-nasale hierdurch vom Cavum pharyngo-orale völlig abgeschlossen worden wäre. Der Kehldeckel, jetzt nach aufwärts gerichtet, gewährte vollen Einblick in das Cavum laryngeum superius. Dieses erschien ein Weniges in sagittaler Richtung verlängert, in transversaler verkürzt. Die Stimmbänder schwangen, da beide Processus vocales der Stellknorpel fest aneinander gepresst waren, einzig nur mit den membranösen Rändern ihrer ligamentösen Parthie; mit einem Worte, die einzelnen Larynxtheile hatten die zur Bildung des Falsetttones nöthige Stellung eingenommen und ein Falsettton war in der That auch zweifellos der angeschlagene Ventriloquenzton.

---

*) Die vitale Lungencapacität betrug bei dem 160 Ctm. langen Vortragenden 3500 Ccm.

Digitized by Google

Auffallend erschien bei alledem (Prof. Küssner hat zuerst darauf aufmerksam gemacht), dass hierbei der Kehlkopf statt, wie stets bei Falsetttönen, nach oben zu rücken, sich ganz ohne Zweifel, und wie von einer Anzahl Collegen mit Sicherheit constatirt zu werden vermochte, beträchtlich nach unten senkte, und hierin glaubt Dr. B. allerdings ein Hauptmoment für die Eigenartigkeit der producirten Töne erblicken zu müssen; dadurch nämlich scheint die Stimme aus der Tiefe zu kommen — es wird der Resonanzraum zwischen Stimmbandebene und Nasenrachendach wesentlich vergrössert —; kommt dazu noch der Falsettklang des ungewöhnlich weit unten gebildeten Tones, der ausserdem durch die zugleich veränderten Spannungsverhältnisse des weichen Gaumens, durch Verkürzung der Uvula, Contact desselben mit der hinteren Rachenwand modulirt wird und weiter die Fähigkeit, auch inspiratorisch zu sprechen, verbindet sich weiter mit alledem, namentlich aber jener vollständigen Beherrschung des Musc. sterno-thyroideus, sowie der eigentlichen Kehlkopf- und Gaumenmuskeln, eine geschickt graduirte Respiration, ferner das der jeweiligen Situation angepasste abwechselnd nach unten oder oben, nach Vor- oder Rückwärtssprechen — kommt ferner dazu rhetorische Gewandtheit, rasches Aufeinanderfolgen von Rede und Gegenrede, vielleicht auch noch die Fähigkeit, die Musculatur der dem Publikum zugekehrten Gesichtshälfte bei anscheinend Sprechenlassen Anderer unbewegt zu lassen, und wird das Ganze gar noch mit einem gewissen theatralischen Aufputz versehen — nun, so erleben wir bei der Möglichkeit hundertfältiger Combinationen aller genannten Factoren die Täuschung, welche dem heutigen aufgeklärten Publikum eine harmlose Freude bereitet, in alttestamentarischen Zeiten aber so übernatürlich und schreckenerregend wirkte, dass die Engastrimythie für ein Werk der Dämonen gehalten wurde und die Eurykliden (so nannte man nach Eurykles, ihrem Hauptvertreter in Athen, die Bauchredner) bei den alten Griechen in so hohem Ansehen standen.

Dr. B. fügte dem noch einige interessante Mittheilungen über das Vorkommen der Bauchrednerei in der Bibel hinzu, welche er der Güte des Herrn Diakonus Dr. Neubert verdankte. — Sie sind im Originale abgedruckt.

Stein im Ductus Warthonianus. (Calcul du canal de Warthon.) Von Dr. Looten. (Bulletin médical du Nord, Mai 1888.)

Der Stein wurde spontan ausgestossen; er war zerbrechlich, 1½ Ctm. lang, spindelförmig. Die durch denselben hervorgerufenen Symptome hätten können eine falsche Diagnose zulassen: Der 17jährige Mann zeigte bedeutende Schwellung der Gesichtsseite, des Mundes und der Regio inframaxillaris ohne Fluctuation; dabei hohes Fieber; man konnte also an einen Abscess denken. Dr. P. K.

Beiträge zur Operation der Retropharyngealabscesse. Von Dr. Sprengel. (Jahresber. d. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde zu Dresden 1887/88.)

Sp. bespricht zunächst die Aetiologie des Leidens, dessen Entstehung durch Abscedirung einer Glandula facialis profund., oder durch Spondylitis cervical., oder durch Schmelzung einer tuberculösen Lymphdrüse und

Digitized by Google

erörtert dann als mögliche Folgen unterlassener Operation: die Verlegung der Luftwege und consecutive Suffocation, Senkung des Abscesses, Compression der Trachea und des Oesophagus, Ausbildung eines Mediastinalabscesses. — Die Operation der Retropharyngealabscesse gebe schlechte Resultate, wenn sie in einer Incision vom Munde aus bei aufrechter Körperhaltung bestehe, weil dann Aspiration von Eitermassen eintreten könne. Besser sei die von Burckhardt empfohlene Eröffnung der Abscesse vom Halse aus mit nachfolgender Drainage. Dr. Sp. hat diese Operation, etwas abweichend von Burckhardt, dreimal, und zwar in folgender Weise ausgeführt: Ein langer Schnitt am vorderen Rande des Sternocleid. mast. legt die Jugularis und Facialis commun. frei. Doppelte Unterbindung der Letzteren; darnach werden die grossen Gefässe nach rückwärts gezogen; eventuelle Unterbindung der Art. thyreoid. und lingual. Nachdem man in die Tiefe gedrungen, wird der Kehlkopf nach vorn gezogen und stumpf auf den Abscess losgegangen. — Folgen die betreffenden Operationsgeschichten.

Die Vortheile dieser Operationsweise sind: Möglichkeit genauerer Untersuchung der Entstehungsart des Abscesses (Fremdkörper!); Möglichkeit antiseptischer Durchführung mit Drainage bei Vermeidung secundärer Eiterungen; Erleichterung nachträglicher Behandlung des Krankheitsherdes bei ausbleibender vollkommener Heilung mittelst Auskratzung, Injectionen etc. Die genannte Operationsweise ist indicirt bei: Spondylitis, Tuberculose, mittelgrossen und grösseren idiopathischen, die vom Munde aus bei kleineren idiopathischen Abscessen kräftiger Kinder.

In der Discussion spricht sich Dr. Stelzner dahin aus, dass er bei aller Anerkennung des antiseptischen Prinzips die obengenannte Operationsmethode für allgemeine Einführung als zu gefährlich erachte. Er hat bisher durch die Operation vom Munde aus mit langem Schnitt (eventuell bei hängendem Kopfe) stets günstige Erfolge gehabt. Zudem heilen Wunden im Munde meist merkwürdig gut und ohne Sepsis. Angezeigt hält er die neue Methode für Abscesse, die nach aussen aufbrechen wollen. — Dem schliesst sich Dr. Förster auf Grund seiner eigenen und namentlich der Bokay'schen Erfahrungen an.

Dr. Beschorner bediente sich immer Anfangs kleiner Incisionen mit einer Art Lanzen-Nadel, an möglichst abhängiger Stelle, um das Hervorstürzen grosser Eitermassen und die Gefahr des Hinablaufens derselben in den Kehlkopf zu verhindern und erweitert die Incisionsöffnung allmählig, entsprechend der Menge des hervorquellenden Eiters. Er hat gleichfalls bei dieser Methode — allerdings zumeist bei Erwachsenen — niemals ungünstigen Verlauf beobachtet, verhehlt sich aber nicht, dass es Fälle, namentlich obengedachter Art und bei Kindern gebe, in denen das vom Vortragenden empfohlene Verfahren, zumal es strengsten antiseptischen Desideraten entspreche, Platz greifen müsse.

Dr. Beschorner.

Exstirpirte Kropfcysten. Von Dr. Sprengel in Dresden. (Jahresber. d. Gesellsch. für Natur- und Heilkunde zu Dresden 1887/88)

Vortragender demonstrirt mehrere von ihm in toto exstirpirte Kropfcysten. Er betont die Gefahrlosigkeit der Operation und die Leichtigkeit

Digitized by Google

ihrer Ausführung. Nur 2 Schwierigkeiten sind zu bedenken: 1) ist es nicht immer leicht, die Kropfcapsel von der zuweilen unmittelbar unter ihr liegenden Cystenwand zu unterscheiden, und 2) kann es Bedenken erregen, dass man, um die Exstirpation zu ermöglichen, zunächst eine mehr oder weniger dicke Schicht Kropfgewebe durchtrennen muss. Beide Bedenken sind, wie Vortragender an eigenen und fremden Erfahrungen nachweist, nicht sehr schwerwiegend. Es gelang die Exstirpation immer leicht, nur im ersten Falle zerriss die sehr dünnwandige Cyste, in einem andern Falle war sie so innig mit dem Kropfgewebe verwachsen, dass die halbseitige Exstirpation nöthig wurde, die dann schnell zur Heilung führte. In letzterem Falle war der Kropf von einer grösseren Zahl von Cysten durchsetzt.

Im Anschlusse hieran wird noch das Präparat eines ungewöhnlich grossen, vor einem Jahre halbseitig exstirpirten soliden Kropfes demonstrirt. Die Patientin, die vor der Operation sehr elend war, ist nach derselben wieder völlig leistungsfähig geworden.

Dr. Beschorner.

Larynxcarcinom. (Cancer du larynx.) Von DDr. Ruault und Monod. (Académie de médecine, Paris, Séance du 6. Décembre 1887.)

Ein 63jähriger Mann hatte ein haselnussgrosses Carcinom. Die tiefe Tracheotomie mit folgender Larynxexstirpation wurde beschlossen. Erstere wurde allein ausgeführt, da der Patient in Folge Bluteindringens von Seite der Venae thyroideae in die Lungen an consecutiver Pneumonie zu Grunde ging. Die Section ergab, dass der Tumor genau auf das Stimmband begrenzt war und dass es sich um Epithelioma tubulatum handelte. Verff. sind der Ansicht, dass die vorgeschlagene Operation sehr gut ohne Recidive gelungen wäre, ebenso wie man ein Lippenepithelioma mit Erfolg operirt. Jedenfalls lebt Patient nach einer solchen Exstirpation länger, als wenn man die Krankheit sich selbst überlässt oder sich einfach mit der Tracheotomie begnügt; man soll so früh als möglich die genaue Diagnose solcher Larynxtumoren stellen.

Dr. P. K.

Ein Fall von Larynxcarcinom. (Un cas de cancer du larynx. Considérations sur la laryngectomie.) Von Dr. Charazac.

Verf. beschreibt einen primären, den gewöhnlichen Verlauf nehmenden Larynxkrebs; die Tracheotomie musste natürlich gemacht werden und es handelte sich um die Totalexstirpation. Es giebt Fälle, wo man die einfache palliative Tracheotomie ganz allein ausführen soll und in diesen Fällen leben die Kranken auf diese Weise länger, als wenn man die Totalexstirpation oder die partielle Resection versucht; bei dieser Behandlung ist natürlich keine Heilung zu erwarten. In vorgerücktem Alter, bei schwächlichen Kranken, bei geschwollenen Lymphdrüsen, bei Erkranktsein der Knorpel soll man nicht mehr operiren. Bei dem Krebs, welcher die knorpeligen, den eigentlichen Larynx begrenzenden Wände noch nicht angegriffen hat, also bei dem von den Franzosen genannten Cancer intrinsèque, kann man die Radicaloperation versuchen; und hier

Digitized by Google

ist die einseitige Laryngectomie, wenn sie genügt, der Totalexstirpation vorzuziehen, da erstere eine viel günstigere Prognose hat; sind einmal die Aryknorpel mit angegriffen, so kann nur mehr die Totalexstirpation versucht werden. Hält man sich an eben genannte Indicationen, so werden die Resultate der Radicaloperationen des Larynxkrebses jedenfalls günstigere als bisher sein. Dr. P. K.

Larynxcarcinom. (Cancer du larynx.) Von Paul Tissier. (Gazette des hôpitaux, 19. November 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 6, 1888.)

Verf. behandelt in extenso den primären Larynxkrebs so, wie er in der vorlaryngoscopischen Zeit beobachtet wurde und wie er jetzt, wo die totale Kehlkopfexstirpation ihren geeigneten Platz in der Chirurgie gefunden hat, erkannt und behandelt wird. Pathologische Anatomie, diagnostische und differentaldiagnostische Merkmale, Verlauf nebst Behandlung sind genau beschrieben, ohne dass die Arbeit viel Neues böte.

Dr. P. K.

Ueber Larynxexstirpation bei Krebs. (De l'extirpation du larynx cancéreux.) Von Dr. Maurice Hacke. (Bulletin médical, Novbr. 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 6, 1888.)

Nachdem Verf. die Operation der totalen und partiellen Larynxexstirpation gegeben und die Nachbehandlung beschrieben hat, stellt er die genaue Statistik auf: Wenn man diejenigen Fälle, wo nach 2 Jahren noch kein Recidiv eingetreten ist, als vollständig geheilt ansieht, so findet man bei der totalen Exstirpation 8 Heilungen auf 105 Fälle und 6 Heilungen auf 27 Fälle von partieller Exstirpation.

Die einfache symptomatische Tracheotomie hat günstigere Resultate gegeben: In 94 Fällen hat man eine mittlere Lebensdauer von 8 Monaten nach der Operetion gefunden.

Sobald der Krebs den Larynx überschritten hat, soll man nicht mehr exstirpiren, sondern blos symptomatisch behandeln. Bei rein endolaryngealem Krebs kann man die Radicaloperation versuchen, wenn die Pat. noch kräftig sind. Die endolaryngeale Operation hat keinen Zweck, sie schadet vielmehr; man soll nur behufs Diagnose etwas exstirpiren.

Die Laryngotomie mit ausgiebiger Extraction kann versucht werden, wenn der Tumor klein und genau begrenzt ist; jedoch muss man nachher genau überwachen. In zweifelhaften Fällen kann die Laryngotomie auch ausgeführt werden und dient alsdann als präliminäre diagnostische Operation. Die partielle Exstirpation, viel unschuldiger und weit weniger functionelle Störungen, als die totale Exstirpation hinterlassend, soll ausgeführt werden, wenn die Laryngotomie nicht genügt.

In den schlimmsten Fällen soll man die totale Laryngectomie versuchen, aber blos, wenn der Larynx noch nicht überschritten ist.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber totale Kehlkopfexstirpation. (Extirpation totale du larynx.) Von Dr. Jules Boeckel. (Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg 1887.)

Totale Exstirpation wegen Blumenkohlgewächs. Plötzlicher Tod durch Anhäufung von blutigen Secreten an der Theilungsstelle der Trachea; die Secrete waren längs der Canüle herabgeflossen, weil die Tamponade ungenügend war. Verf. räth, statt der gewöhnlichen Canüle eine mit Cautschuk versehene anzuwenden und statt Luft lauwarmes Wasser einzuführen (Labbé). Verf. räth, sich des Thermocauters zu bedienen; während der ganzen Operation wurde nicht ein einziger Unterbindungsfaden angelegt; man muss blos den Larynx ganz blosslegen, die Knorpel des Larynx knapp ausschälen; der schwierigste Punkt besteht in der Trennung des Larynx vom Oesophagus. Am besten ist, die Exstirpation der Tracheotomie in derselben Sitzung folgen zu lassen und dann die septische Pneumonie zu verhüten, welcher Complication die meisten Kranken erliegen. Dr. P. K.

Die Schwefelwässer bei Larynxtuberculose. (Les sulfureux dans la tuberculose laryngée.) Von Dr. Charazac. (Société de médecine de Toulouse und Revue mensuelle de laryngologie No. 6, 1888.)

Früher hatte Dr. Moure gegen die Anwendung der Schwefelwässer bei Larynxtuberculose gesprochen. Verf. betont, dass man nicht alle Halskranke ohne Ausnahme soll nach Canterets, Eaux Bonnes und Luchon schicken, da diese Schwefelquellen in vielen Fällen offenbar schaden; sie bedingen eine Congestion nach den Halsorganen und bringen leicht Blutungen; beim Gebrauch der Schwefelwässer sieht man die blassen Halsorgane, welche die Phthisis kennzeichnen, bald intensiv roth werden; es entstehen Blutungen, Glottisoedeme, welche die Tracheotomie fordern, Dysphagie. Dr. P. K.

Ueber Tachycardie bei Erkrankung der Lymphdrüsen der Trachea und der Bronchien. (De la tachycardie dans l'adénopathie trachéobronchique.) Von Dr. Mercklen. (Société médicale des hôpitaux, 11. November 1887 und Semaine médicale No. 46.)

Ein 18jähriger, seit einigen Tagen an acutem Gelenkrheumatismus leidender Mann zeigt das Aussehen eines Herzleidenden: Dyspnoe, Herzklopfen, Puls klein und 160 in der Minute, kein Geräusch am Herzen; Digitalis, Bromkalium, Spartein. sulfuricum subcutan blieben erfolglos. Patient bekam einen Schwindelanfall, Ohnmacht und starb plötzlich. Leber und Milz hypertrophisch, wie bei Herzfehlern, Herz erweitert, aber ohne Klappenfehler, Lungen gesund. Das Mediastinum war mit einem Convolut Bacillen enthaltender und geschwellter Lymphdrüsen angefüllt, welche Masse den Hilus pulmonum, den Aortenbogen und den linken Vagus comprimirte; letzterer Befund erklärt hinreichend den schnellen und kleinen Puls. Diese Compression des Vagus erklärt denn auch den schnellen Puls in einigen Fällen von Tussis convulsiva und Carcinom der Pleura. Dr. P. K.

Digitized by Google

Die Gefahr der Weiterverbreitung der Tuberculose durch unsere Hausfliege. Von Dr. E. Hofmann in Dresden. (Jahresber. d. Gesellsch. für Natur- und Heilkunde zu Dresden 1887/88 und Correspondenzbl. d. ärztl. Kreis- und Bez.-Vereins i. Königr. Sachsen No. 12, 1888.)

Angeregt durch die Untersuchungen der DDr. Spillmann und Haushalter (Académie des sciences de Paris und l'art médical No. 17, 1887), welche darthaten, dass unsere gewöhnliche Stubenfliege aus dem Auswurfe Tuberculöser die Koch'schen Tuberkelbacillen aufnimmt und sodann weiter verbreitet, hat H. Impfungen von Meerschweinchen mit Darminhalt von solchen Fliegen vorgenommen, welche mit Sputum Tuberculöser gefüttert waren und Tuberkelbacillen zuweilen in ungeheurer Menge enthielten. Die Impfungen wurden nach Angabe und unter Leitung von Prof. Neelsen in 5 Fällen dergestalt ausgeführt, dass die Experimentatoren 3 Mal bacillenhaltige Darmstücke gefütterter Fliegen in die vordere Augenkammer brachten, 2 Mal in dieselbe eine stark bacillenhaltige Mischung von Fliegen-Fäces mit Wasser spritzten. Vier dieser Versuche verliefen resultatlos, der fünfte Fall (erste Serie) liess Schritt für Schritt die Einwirkung der Bacillen von dem geimpften Auge aus auf den ganzen Körper erkennen. Jedenfalls war hiermit der Beweis erbracht, dass die im Darm der Fliegen enthaltenen Tuberkelbacillen unter Umständen wiederum Tuberculose erzeugen können und dass somit auch eine Gefahr der Weiterverbreitung der Tuberculose durch die Hausfliege besteht, wahrscheinlich auf dem Wege der Einathmung und Verdauung. — Vielleicht, meint H., könne das angeregte Thema mit dazu beitragen, die Frage nach der Erblichkeit der Tuberculose zu erklären, da Kindern tuberculöser Eltern von Geburt an die Gefahr drohe, eine mit Tuberkelbacillen der Fliegen verunreinigte Nahrung geniessen zu müssen.

Als ein ebenso sicheres als billiges Mittel, den Auswurf unschädlich zu machen, empfiehlt Redner, in Gefässe mit Sägespähnen spucken und letztere täglich mehrmals verbrennen zu lassen. In der Discussion hält Prof. Neelsen die Möglichkeit der Verbreitung der Tuberculose durch Fliegen für erwiesen, glaubt aber, dass die Virulenz der Bacillen durch das Durchgehen durch die Fliege, in welcher eine Vermehrung jener keinesfalls stattfinde, eine Abschwächung erfahre. (Daher wohl das Fehlschlagen der vier anderen Impfversuche. Ref.)

Dr. Beschorner.

Pneumothomie. (Pneumothomie.) Von Dr. Guermonprez. (Académie de médecine de Paris, Séance du 30. August 1887.)

Verf. erzählt eine Krankengeschichte, wo eine Caverne während vier Jahren bestanden hatte und zu deren Heilung drei Operationen nöthig waren: Ein Explorationsschnitt in die Pleura, 2 Rippenresectionen mit multiplen Punctionen und einer oberflächlichen Pneumothomie, dann eine tiefe Pneumothomie mit reizenden, einen tieferen Herd angreifenden Injectionen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Aortenaneurysma. (Anévrysme de l'aorte.) Von Dr. Wannebroucq. (Bulletin médical du Nord No. 7. 1887.)

Pat. starb an einem während des Lebens diagnosticirten Aneurysma der Aorta. Das pathologisch-anatomische Präparat wies nach, dass der Sack nicht durchbrochen war, sondern dass ein grosses Blutgerinnsel, welches den ganzen Sack ausfüllte, sich bis in den linken Ventrikel fortsetzte; es hatte die Trachea flachgedrückt und den Erstickungstod hervorgebracht. Verf. bemerkt, dass die Methode, einen Fremdkörper in das Aneurysma zu bringen und so durch Blutgerinnung eine Heilung zu bewirken, nicht unschuldig ist und dem Kranken oft schaden kann.

Dr. P. K.

Ein zwischen dem oberen und den zwei unteren Dritteln der Speiseröhre eingekeiltes Knochenstück. Aeussere Oesophagotomie. Heilung. (Un os enclavé à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'oesophage. Oesophagotomie externe. Guérison.) Von Dr. Ramon de la Sota y Lastra. (Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie No. 9. 1887.)

Eine 46jährige Nonne hat vor 8 Tagen einen Hühnerknochen verschluckt, welcher Knochen im oberen Theile des Schlundes stecken blieb. Würgebewegungen, Extractionsversuche mit den Fingern, Einführen „einer gebogenen Kerze" waren misslungen; Patientin erhielt endlich von ihrem Bischof die Erlaubniss, sich in Sevilla untersuchen zu lassen, nachdem der Hausarzt „eine Belladonnasalbe zum Einreiben" verschrieben hatte. Die Magensonde stiess in einer Höhe von 19 Centim., von den Schneidezähnen ab gerechnet, auf einen unbeweglichen Fremdkörper. Da alle Extractionsversuche misslangen, wurde die Oesophagotomia externa beschlossen. Letztere stiess auf Schwierigkeiten wegen einer hypertrophischen Lymphdrüse, die Heilung ging mit Zwischenfällen sehr langsam vor sich.

Unberufene Hände sollen keine Extractions- oder Weiterbeförderungsversuche anstellen; man soll vor der Operation mit der Sonde den Sitz des Fremdkörpers messen wegen dem zu führenden Schnitt. Nach der Operation ist es zweckmässiger, jedesmal die Magensonde zur Ernährung einzuführen, als selbe permanent liegen zu lassen. Dr. P. K.

Ein Fall von Oesophagotomie. Von Dr. Rupprecht in Dresden. (Jahresbericht der Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde zu Dresden 1887 88.)

Eine 45jährige Frau vermisste nach einem epileptischen Anfalle ihr Gebiss, aus Oberkieferplatte, vier Schneidezähnen und einem seitlichen Metallhaken bestehend. Sofortiger Schmerz unter dem Kehlkopf und Schluckunvermögen für feste Speisen. Die 48 Stunden nach dem Unfalle vorgenommene Untersuchung mit der Knopfsonde erzeugte deutlich harten Anschlag unter dem Ringknorpel an der Speiseröhre. Druckempfindlichkeit in der Tiefe des Halses. Extractionsversuche misslangen. Hierauf Oesophagotomie am vorderen Rande des linken Kopfnickers. Stumpfes Vordringen in die Tiefe; Eröffnung der Speiseröhre auf einer harten Schlundsonde. Extraction des Gebisses ohne Mühe mit Kornzange; Er-

Digitized by Google

nährung der Kranken während der Nachbehandlung mittelst einer von der Wunde her in den Magen dauernd eingelegten Schlundsonde, ein Modus der Ernährung, welchen Redner in solchen Fällen darum für den besten hält, weil die Halswunde auf diese Weise weder durch verschluckte Speisen, noch durch wiederholte Sonden-Einführung in den verwundeten Oesophagus gestört, wie überhaupt die Dauersonde in der Wunde besser, als im Munde ertragen wird. — Vollständige Heilung. — R. knüpft an diesen Fall folgende Bemerkungen: 1) Das Unvermögen, feste Speisen zu schlucken, ist für eingekeilte grössere Fremdkörper characteristisch; 2) diagnostisch muss man nicht elastische Schlund-, sondern harte Knopfsonden anwenden; 3) bei erkannter Einkeilung grösserer Fremdkörper muss man ungesäumt die Oesophagotomie machen, namentlich wenn dieselben scharfkantig sind, weil erfahrungsmässig durch Druck-Usur der grossen Halsgefässe sehr häufig tödtliche Mundblutungen erfolgen.

Dr. Beschorner.

Supraclaviculäres Ganglion in einem Fall von Uteruskrebs. (Ganglion susclaviculaire dans un cas de cancer de l'uterus.) Von Dr. Petit. (Société médicale des hôpitaux, séance du 11. Novembre 1887 und Revue médicale No. 46.)

Eine 48jährige, mit Gebärmuttercarcinom behaftete Frau hat eine taubeneigrosse, von einem Halsganglion herrührende Geschwulst in der linken Fossa supraclavicularis; Lymphdrüsen der Umgebung nicht geschwellt. Solche Schwellungen kommen nur in der Periode der Cachexie vor; warum selbe meistentheils linksseitig sind, wissen wir nicht.

Dr. P. K.

Experimentelle Studien über Fortpflanzung der Tuberculose durch die Luftwege. (Recherches expérimentales sur la transmission de la tuberculose par les voies respiratoires.) Von Dr. Cadéac und Dr. Mallet. (Académie des sciences, 12 December 1887 und Revue médicale No. 50.)

Es ist heute bewiesen, dass Leute, welche mit Schwindsüchtigen wohnen, ebenfalls schwindsüchtig werden. Die Exspirationsluft kann, gemäss den neuesten Forschungen, nicht mehr als Träger des Contagiums angeklagt werden. Die Tuberkelbacillen enthaltenden, eingetrockneten und zu Staub reducirten Exspectorationsstoffe bringen durch ihren Eintritt in die Luftwege Tuberculose hervor. Verff. machten folgende Experimente: 1) von 46 Thieren wurden zwei, deren Respirationsorgane schon vorher gereizt waren, durch Einathmen tuberculösen Staubes auch tuberculös; 2) eingetrocknete Sputa wurden in Kisten zerstäubt, in welchen sich Kaninchen befanden; alle bekamen Lungentuberculose; 3) das Virus wurde direct in die Trachea injicirt: alle Thiere wurden schnell tuberculös. Die Respirationswege sind also der Entwickelung der Tuberculose sehr günstig, wenn das tuberculöse Gift mit destillirtem Wasser oder irgend einer neutralen Lösung als Vehikel dort hingelangt; im Gegentheil aber gedeihen die Tuberkelbacillen in den Respirationswegen schwieriger und seltener, wenn das Gift als einfacher Staub hineingelangt.

Dr. P. K.

Digitized by Google

III. Inserate.

Soeben ist erschienen:

ZUR ANATOMIE UND ENTWICKLUNG DES INNEREN OHRES.

Von

PROF. DR. RÜDINGER.

Mit drei colorirten Doppeltafeln und einer Figur in Zinkographie.

Berlin 1888.

Verlag der Expedition der Allgemein. med. Centralzeitung.

Preis 2 Mark.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

BATTERIE F. BELEUCHT.
in stilvoll geschnitst. Schrank, m. 10 gr. Lecl. Elem., Umschalter, 2 Rheostaten und Ampèremeter unter Glasverdeck.
Grösse 120×135×80 cm. Preis M. 250.—.
REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.
Universitäts-Mechaniker.
Haupt-Katalog 80 Seit. 800 Abbildung.

Galvanocaustische und Electrolytische
Apparate und Instrumente
nach Angaben des Herrn **Professor Voltolini** empfiehlt
Ernst Pischel's Nachfolger Hermann Brade
Breslau, Hummerei No. 31.

Inhalt.

1. Originalien: Weichselbaum: Ueber eine von einer Otitis media suppurativa ausgehende und durch den Bacillus pneumoniae (Friedländer) bedingte Allgemeininfection. (Schluss.) — Ziem: Zur Entstehung der Peritonsillitis. Bemerkungen über Perichondritis des Kehlkopfes. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Aus dem Berichte über die an der k. k. Universitätsklinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Jos. Gruber in Wien im Jahre 1887 ambulatorisch behandelten Kranken. — b) Rhinologische: Weil: Ueber adenoide Vegetationen. — Schmaltz: Ueber Therapie der oberen Luftwege. — Merignac: Ueber das als „seniles Nasenbluten" bekannte Nasenbluten. — Philippe: Milchnahrung durch die Nase beim Säugling. — Geneuil: Einspritzen von Citronensäure bei Nasenbluten. — Da Costa: Behandlung des Heufiebers und des Rosenschnupfens. — Moure: Acuter Abscess der Nasenscheidewand. — Moure: Gumma der inneren Fläche des Nasenflügels. — Cartaz: Ueber Nasentuberculose. — c) Pharyngo-laryngologische: Beschorner: Ueber Bauchrednerkunst. — Looten: Stein im Ductus Warthonianus. — Sprengel: Beiträge zur Operation der Retropharyngealabscesse. — Sprengel: Exstirpirte Kropfcysten. — Ruault und Monod: Larynxcarcinom. — Charazac: Ein Fall von Larynxcarcinom. — Tissier: Larynxcarcinom. — Hacke: Ueber Larynxexstirpation bei Krebs. — Boeckel: Ueber totale Kehlkopfexstirpation. — Charazac: Die Schwefelwässer bei Larynxtuberculose. — Mercklen: Ueber Tachycardie bei Erkrankung der Lymphdrüsen der Trachea und der Bronchien. — Hofmann: Die Gefahr der Weiterverbreitung der Tuberculose durch unsere Hausfliege. — Guermonprez: Pneumothomie. — Wannebroucq: Aortenaneurysma. — de la Sota y Lastra: Ein zwischen dem oberen und den zwei unteren Drittéln der Speiseröhre eingekeiltes Knochenstück. Aeussere Oesophagotomie. — Rupprecht: Ein Fall von Oesophagotomie. — Petit: Supraclaviculäres Ganglion in einem Fall von Uteruskrebs. — Cadéac und Mallet: Experimentelle Studien über Fortpflanzung der Tuberculose durch die Luftwege. — III. Inserate.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig) Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXII. **Berlin, October 1888.** **No. 10.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Ueber eine neue Verbandmethode für's Ohr.

Vorläufige Mittheilung

von

Dr. **Ludwig Loewe** in Berlin.

Vor einigen Jahren hat man in England den Versuch gemacht, die Methode der festen aseptischen Occlusivverbände, die auf dem Gebiete der operativen Chirurgie so grosse Erfolge erzielt hat, auch auf die Ohrenheilkunde zu übertragen. Man verfuhr dabei ungefähr so, wie man cariöse Zahnhöhlen mit sogenannter „Emaille“ plombirt: Der gründlich gereinigte Gehörgang wurde mit einem weissen, seiner Zusammensetzung nach unbekannt gebliebenen Pulver ausgefüllt. Dasselbe klebte in situ zu einer steinharten Masse zusammen. In diesem Zustande blieb es mehrere Monate unverändert liegen. Am Ende dieser Zeit musste es mechanisch und mit grosser Mühe entfernt werden. Der Verband gab hin und wieder gute Resultate. Als aber einige Fälle letal endigten, verlor die Sache so allen Credit, dass man, soviel ich weiss, in Deutschland nicht einmal den Namen des Erfinders kennt und fast nur durch eine Erwähnung der Herren Gruber und Guye auf der Berliner Natur-

Digitized by Google

forscher-Versammlung 1886 gelegentlich der von Schwartze angeregten Discussion über die Nachtheile der Borsäure-Behandlung Kenntniss von der Sache hat (siehe ausserdem Guye, d. Monatsschr. 1887, pag. 102). Patienten mit solchen in England gemachten Occlusivverbänden hatten sich unter der Klientel beider Herren befunden. Die damals in Berlin versammelten Ohrenärzte waren, glaube ich, allgemein und mit vollem Recht der Ansicht, dass die Methode unstatthaft sei. Denn sie kann offenbar zu Secretverhaltung Veranlassung geben. Hätte der englische Arzt diese Gefahr vermieden, so würde seine Erfindung sicherlich sich der sympathischsten Aufnahme zu erfreuen gehabt haben. Unsere bisher gebräuchlichen Ohr-Verbandmethoden stehen nicht auf der Höhe des medicinischen Könnens der Gegenwart. Die Resultate bei der offenen und der Pulverbehandlung sind so unsicher und unbefriedigend, dass nur fraglich sein kann, welche von beiden weniger den Anforderungen genügt, die man heut zu Tage an einen Verband zu stellen sich mit vollem Rechte gewöhnt hat. Wie gewiss jeder andere Ohrenarzt, habe auch ich mich schon seit Jahren nach Verbesserungen in dieser Beziehung umgesehen. Meine Versuche waren Anfangs planlose. Sie wurden erst durch die oben erwähnten Angaben Gruber's und Guye's in bestimmte Bahnen gelenkt. Freilich zuerst in irrige. Ich verfuhr nämlich zuvörderst genau so, wie der unbekannte Engländer, nur versuchte ich, durch Einführung kleiner Modificationen dem Verbande seine gefahrvollen Seiten zu nehmen. Und hierin lag eben der Irrthum. Modificationen helfen da nicht, wo das Fundament falsch ist. Die ganze Methode basirt auf einer fehlerhaften Grundanschauung, auf der übrigens auch die Borsäure- und Jodoformpulverung beruht. Es ist dies die Vorstellung, dass es möglich sei, auf irgend eine Weise das antiseptische Schema der Chirurgen auf die Trommelhöhlenverbände zu übertragen. Das ist aus 2 Gründen unthunlich:

1) Wir können wohl eine Wunde, nicht aber die Trommelhöhle in ihrer ganzen Ausdehnung beständig mit antiseptischen Mitteln bedeckt halten, weil wir ja überhaupt nur einen kleinen Theil des Cavum tympani direct durch die Perforation hindurch zu bearbeiten vermögen, während der bei weitem grössere (Antrum und Warzenzellen etc.) sich unserer unmittelbaren instrumentellen Behandlung unter allen Umständen entzieht.

2) Wir können den fortwährenden Zutritt immer neuer Bacterienmassen zur entzündeten und mit Secret erfüllten Trommelhöhle (von der Tube resp. dem Nasenrachenraum her) nicht hindern. Wohl aber sind wir dies bei einer Wunde im Stande.

Diese beiden Unterschiede machen, wie gesagt, eine regelrechte Antisepsis bei Trommelhöhlensecretionen unmöglich. Das war mir freilich von Anfang an klar. Ich glaubte aber, die Schwierigkeiten umgehen zu können, wenn ich in ähnlicher Weise wie bei der Borsäure- oder Jodoformbehandlung ein Desinficiens mit dem Secret in dem Moment in Berührung brachte, in dem letzteres in den Gehörgang tritt. Zu diesem Zwecke combinirte ich die Bezold'sche mit der englischen Methode in der Art, dass an Stelle der steinharten Emaille ein nachgiebiges Gemisch, bestehend aus einem Desinficiens, Gelatine, Glycerin, Wasser und Agar-Agar, in den Gehörgang gebracht wurde. Dieses Gemenge, bei einer Temperatur von nicht ganz 50° in flüssigem Zustand eingeträufelt, er-

Digitized by Google

starrte im Meatus auditorius externus zu einem fest-weichen Gallertcylinder. Die Intention ging nun dahin, dass einerseits durch die Ausfüllung des Gehörganges mit Gelatine (resp. durch eine noch ausserdem von aussen darauf gebrachte, im Grunde der Ohrmuschel applicirte occlusive Lage von Watte oder Gips) der Zutritt der Bacterien zum Entzündungsherde von der äusseren Atmosphäre her hintangehalten werden sollte, während andererseits das von der Trommelhöhle her in den Gehörgang abträufelnde Secret den innersten Abschnitt des Gallertcylinders lösen und in demselben Momente durch das in Folge dessen frei werdende Antisepticum desinficirt werden sollte. Dieser Erfolg blieb aus. Das Secret sammelte sich in der Trommelhöhle und unter dem Gallertcylinder an und zersetzte sich daselbst, ohne von der Anwesenheit des in letzterem enthaltenen Desinficiens beeinflusst zu werden. Aber selbst wenn letzteres der Fall gewesen, wenn das in den Gehörgang abgeträufelte Secret vollständig aseptisch geworden wäre, so würde damit doch nicht das Geringste gewonnen worden sein. Denn der Gehörgang ist ja bei der hier zuvörderst interessirenden „feuchten" Mittelohrentzündung gar nicht erkrankt. Er sowohl wie das Trommelfell sind mit normaler Haut ausgekleidet, also im Allgemeinen gegen die schädliche Wirkung putrider Secrete geschützt. Dagegen wäre es von Wichtigkeit — und es ist dies in der That das Einzige, worauf es ankommt —, das Secret da, wo es entsteht, also in der Trommelhöhle, zu desinficiren; und das wird nicht erreicht — das kann überhaupt nicht erreicht werden — mögen wir noch so viel Antiseptica in den Gehörgang bringen. Meine Verbandmethode mit dem Gelatinecylinder war also ebenso verfehlt als die englische mit der Emaillemasse. Es würde sicher auch in meinen Fällen zu schweren Secretretentionen gekommen sein, wenn ich nicht die Vorsicht gebraucht hätte, die Patienten täglich mit dem Gelatinegemisch neu zu verbinden. Immerhin hatte diese vorläufig noch auf falschen Wegen wandelnde Versuchsreihe den Vortheil, dass sie zu einer Methode führte, mit deren Hilfe es möglich ist, sich Gelatineausgüsse des Gehörgangs mitsammt der Trommelfelloberfläche vom lebenden Menschen zu verschaffen, die ein ganz genaues Abbild dieser Theile ergeben, und die ungefähr ebenso aussehen, wie die bekannten, von Bezold herrührenden Leichenabgüsse (siehe die Abbildung in Politzer's Lehrbuch der Ohrenheilkunde, II. Aufl., pag. 12). Man kann derartige Gelatineausgüsse auf die leichteste Weise in Gips abformen und erhält so ein positives Abbild des Meatus auditorius externus und der Membrana tympani, an dem sich Neigung und Beugung, Einziehung und Vorwölbung des Trommelfells, sowie alle grobmorphologischen Verhältnisse des Lebenden genau so studiren lassen, als hätte man das von der Leiche gewonnene anatomische Präparat in Händen. Ich besitze eine kleine, recht interessante Sammlung derartiger Gipsabgüsse und werde schon in allernächster Zeit die Details des Verfahrens in dieser Monatsschrift veröffentlichen.

So erwünscht nun auch dieses Ergebniss war, so war es doch immerhin nur nebenher gewonnen. Von der Erreichung des Hauptzieles, auf das die ganze Versuchsreihe gerichtet war, schien ich weiter als je entfernt. Da kam mir der Gedanke, dass das Problem gelöst sein müsse, wenn man das Trommelfellloch nach Art einer Wunde und die secernirende Trommelhöhle ungefähr so, wie eine tiefliegende Nebenbucht einer

Digitized by Google

solchen behandele, d. h. wenn man durch eine nach Analogie der Drainage functionirende Vorrichtung für beständigen Abfluss der Secrete aus der Trommelhöhle Sorge trage. Da nun selbstverständlich an directe Einführung eines Drainrohres in das Cavum tympani nicht gedacht werden konnte, so musste ein anderes Hilfsmittel gefunden werden, durch welches derselbe Zweck erreicht wird. Worin dieses besteht und unter welchen Bedingungen es im Stande ist, die Secrete der Trommelhöhle permanent abzusaugen, das darzulegen soll der Zweck der folgenden Zeilen sein.

Die gleich zu schildernde Methode führt ebenfalls zu einer Art festen Occlusivverbandes für das Ohr, sie hat aber der englischen gegenüber den Vorzug völliger Gefahrlosigkeit. Indessen kleben auch ihr noch viele Mängel an — einige der hauptsächlichsten werde ich selbst hervorheben. Wenn ich trotzdem schon jetzt zu dieser Veröffentlichung schreite, so ist dies durch folgenden Umstand veranlasst: Ich bediene mich des Verbandes in seiner jetzigen Gestalt seit nahezu einem Jahre. Während dieser Zeit habe ich denselben meinen Zuhörern, sowie allen denjenigen Collegen, die unterdessen meine Klinik besucht haben, demonstrirt. Die Sache ist also schon in weitere Kreise gedrungen. Dazu kommt noch, dass, wie die eben erwähnten Mittheilungen Gruber's und Guye's lehren, die Kenntniss einer neuen Verbandmethode auch passiv durch Patienten verbreitet werden kann. Im Interesse meiner Priorität scheint mir daher diese vorläufige Publication des Verfahrens geboten, mindestens soweit derjenige Theil desselben in Frage kommt, der theoretisch und practisch bereits nahezu zu einem gewissen Abschluss gebracht ist. Es ist dies die Art und Weise, in welcher bei einer **I. „acuten Mittelohrentzündung mit dünnflüssiger Secretion und bis auf die Perforationsstelle intactem Trommelfell und Gehörgang“** vorgegangen wird.

Das Ohr wird zuvörderst, nachdem mittelst kräftigen Politzerns alles Secret aus der Trommelhöhle durch die Perforation in den Gehörgang getrieben ist, nach der in No. 1, 1887, dieser Monatsschrift angegebenen „forcirten“ Methode mit grossen Quantitäten einer unter starkem Druck eingetriebenen Flüssigkeit (gesättigte Borsäurelösung) ausgespritzt.

Danach ist zuvörderst das im Gehörgang und in der Paukenhöhle zurückgebliebene Spritzwasser so viel als möglich zu entfernen. Dies geschieht folgendermassen: Unter Führung des Trommelfellspiegels und Ohrtrichters wird ein ganz kleines, ungefähr erbsengrosses Stück Sublimatwatte bis dicht ans Trommelfell gebracht und mittelst der geknöpften Ohrsonde oder eines knieförmig gebogenen, vorn abgerundeten Stäbchens in derselben Art festgestopft, wie die Zahnärzte ihre Metallplomben stopfen, so dass kein Zwischenraum zwischen Membrana tympani und Wattebäuschchen übrig bleibt. In derselben Weise wird Anfangs mit ganz kleinen, später mit etwas grösseren Wattebäuschchen fortgefahren, bis der Gehörgang ungefähr zur Hälfte mit Watte ausgestopft ist. Nun wird durch abermaliges kräftiges Politzern die in der Paukenhöhle zurückgebliebene Flüssigkeit durch das Trommelfellloch hindurch in die bereits mit dem Gehörgangswasser mehr weniger imbibirte Watteschicht getrieben. Nachdem darauf sämmtliche Wattebäuschchen aus dem Gehörgang wieder entfernt sind, was unter Führung des Trommelfellspiegels mittelst einer knieförmigen Pincette leicht und schmerzlos geschehen kann,

Digitized by Google

liegt am Grunde des nunmehr trockenen Gehörganges das gereinigte Trommelfell. Hinter ihm befindet sich eine ebenfalls so viel als möglich von Secret befreite Trommelhöhle. **Es kommt nunmehr darauf an, durch selbstthätige, immerwährende Aufsaugung des Secrets im Momente seiner Bildung Trommelfell und Trommelhöhle in dieser Verfassung bis zur definitiven Heilung zu erhalten.** Dies wird folgendermassen bewerkstelligt: Der Gehörgang wird zum zweiten Male, genau so wie vorher, mit ganz kleinen Wattebäuschchen vollgestopft. Letztere werden aber diesmal bis an die äussere Ohröffnung geführt. Ausserdem wird auch die Muschel mit Watte ausgefüllt und das Ganze durch ein paar um den Kopf gelegte Touren einer nicht appretirten Mullbinde fixirt. Nun wird abermals kräftig gepolitzert, und der Verband ist fertig.

Damit bei grossen Perforationen das unterste Wattebäuschchen nicht in die Trommelhöhle schlüpfe, muss dasselbe so gross gemacht werden, dass es die Ränder der Oeffnung überragt, eventuell muss es ausserdem noch durch einen bis in die Ohrmuschel geführten Faden gesichert sein. Bei Kindern empfiehlt sich letzteres auch, wenn die Perforation nur klein ist. Sie werden nämlich während der Verbandabnahme leicht ungeduldig. Hat man nun das unterste Bäuschchen an einem Faden fixirt, so kann man an diesem, sobald man ein wenig mit der Kniepincette nachhilft, den ganzen Wattepfropf in toto auf einmal herausziehen. Uebrigens sind alle Manipulationen, sobald man einige Uebung im Ausstopfungsverfahren erlangt hat, so leicht ertragbar und schmerzlos, dass selbst einjährige Kinder sich die Sache ohne Weiteres gefallen lassen.

An Stelle der Watte kann man selbstverständlich auch Mull, Holzwollwatte, Jute etc. verwenden. Der Mull wird in ganz kleine Partikelchen geschnitten, von denen jedes zusammengeballt ungefähr die Grösse einer Linse hat. Er soll besser als Watte aufsaugen. Dasselbe kann man auch der Holzwollwatte nachrühmen. Sie lässt sich aber ihrer gröberen Beschaffenheit wegen schlechter einführen, backt ausserdem, sobald die Secretion anfängt zu versiegen, etwas zu fest an den Gehörgangswänden an. Ich gedenke in nächster Zeit Versuche mit anderen Verbandmaterialien, namentlich mit den von Maas in die chirurgische Praxis eingeführten, mit Zucker- resp. Kochsalzlösungen durchtränkten Mullsorten anzustellen. Das grosse Aufsaugungsvermögen derselben lässt sie für die Zwecke der Gehörgangstamponade a priori ausserordentlich geeignet erscheinen.

Weshalb wird schliesslich noch einmal gepolitzert? Durch die luftdichte Ausfüllung des äusseren Gehörgangs mit festgestopften Wattepartikelchen ist das Trommelfell in geringem Grade nach einwärts gedrückt. Durch das kräftige Politzern soll es sammt dem auf ihm lastenden Wattepfropf wieder gehoben werden. Damit dies geschehen könne, muss man auf die Art des Stopfens achten. Einerseits darf keineswegs so fest, wie die Zahnärzte dies beim Plombiren thun, gestopft werden. Sonst ist das den Verband beschliessende Politzern unwirksam. Das Trommelfell bleibt nach einwärts gedrückt und verursacht dem Patienten Ohrensausen und manchmal sogar ein schmerzhaftes Druckgefühl. Andererseits darf auch nicht zu locker gestopft werden. Der richtige Grad wird übrigens in praxi bald herausgefunden. Anfänger machen häufig

Digitized by Google

den Fehler, dass sie die in den Gehörgang zu bringenden Wattebäuschchen zu gross und zu fest nehmen und sie deshalb nicht oder nur mit Schwierigkeit über die engste Stelle des Gehörgangs hinwegzubringen vermögen.

Betrachten wir nunmehr den im Gehörgang steckenden Wattepfropf. Derselbe besteht offenbar aus drei functionell verschiedenen Theilen:

1) aus der auf dem Trommelfell selbst aufliegenden Basis; da sie die Aufgabe hat, das aus der Trommelhöhle aussickernde Secret aufzusaugen, so möge sie die „Saugfläche" heissen,

2) aus dem im Gehörgang steckenden, kreisrunden, festgestopften Wattepfropf. Er heisse „Steigpfropf", weil er das Aufsteigen des von der Saugfläche aufgesaugten Trommelhöhlensecrets vermittelt,

3) aus der in der Ohrmuschel und den angrenzenden Gesichtsparthien frei zu Tage liegenden Oberfläche, von mir „Verdunstungsfläche" genannt, weil sie die Function hat, dem von der Saugfläche aufgesaugten und im Steigpfropf in die Höhe steigenden Paukenhöhlensecret zwecks Verdunstung eine möglichst grosse, frei mit der atmosphärischen Luft communicirende Oberfläche zu bieten.

Wie aber der Docht einer Lampe das Brennmaterial nur so lange der Flamme zuführt, als sein unteres Ende in das Petroleum taucht, so muss auch die aufsaugende Wirkung des im Gehörgaug steckenden Wattepfropfes aufhören, sobald das Niveau des in der Trommelhöhle angesammelten Secrets unter den unteren Rand der Perforationsöffnung gesunken ist. Daraus folgt, dass das beschriebene Verbandverfahren ohne Weiteres nur dann indicirt ist, wenn die Perforationsöffnung sich in den untersten Abschnitten des Trommelfells befindet. Ist dies nicht der Fall, liegt die Perforation hoch oben oder gar in der Membrana Shrapnelli, so muss dafür Sorge getragen werden, dass trotzdem das Secret beständig abgesaugt wird. Am einfachsten liesse sich dies auf operativem Wege dadurch, dass man die Perforationsöffnung nach unten verlängert oder eine zweite am unteren Rande anlegt, erreichen. In praxi wird man jedoch schwerlich in die Lage kommen, hierzu schreiten zu müssen. Dadurch nämlich, dass der Kopf des Patienten beim Liegen eine andere Stellung als beim Stehen einnimmt, sich also schon auf physiologischem Wege die Lagebeziehungen ändern, lässt sich das Gewünschte weit einfacher erreichen. Bei Rückenlage ist es für die aufsaugende Wirksamkeit des Verbandes offenbar gleichgiltig, ob die Oeffnung am oberen oder unteren Rande des Trommelfells liegt. Hier kommt dagegen in Betracht, ob sie am vorderen oder hinteren Abschnitt der Peripherie der Membrana tympani sich befindet. Liegt die Durchbohrung am hinteren Rande, so braucht man den Kranken nur mehrmals am Tage (etwa in Intervallen von 3—4 Stunden) für einige Minuten die Rückenlage einnehmen zu lassen. Liegt sie vorn, so genügt es, wenn man ebenso oft den Kranken in sitzender Stellung den Kopf schräg nach vorn mit dem Gesicht nach unten auf den auf eine Tischplatte aufgelegten Arm legen lässt. Es muss dann jedesmal das in der Zwischenzeit in der Trommelhöhle angesammelte Secret durch die aufsaugende Wirksamkeit des Verbandes entleert werden.

Damit der Verband regelrecht functionire, muss ferner in jedem einzelnen Falle das richtige Verhältniss zwischen der Quantität des in der Zeiteinheit abgesonderten Paukenhöhlensecrets und der Grösse der Ver-

Digitized by Google

dunstungsoberfläche getroffen sein. Ist die Absonderung geringfügig, so genügt es, den Gehörgang bis zum Grunde der Ohrmuschel mit Watte auszustopfen. Der Querschnitt des Gehörgangs selbst giebt dann schon eine genügend grosse Verdunstungsoberfläche. Ist die Absonderung dagegen eine sehr reichliche, so muss auch die Verdunstungsoberfläche möglichst gross sein. Zu diesem Zwecke belegt man nicht allein alle Erhöhungen und Vertiefungen der Ohrmuschel exact mit Watte, sondern zieht auch noch die umliegenden Partien des Kopfes und Gesichtes durch Bedecken mit Wattebäuschchen mit in den Bereich der Verdunstungsoberfläche. Dann werden, damit das Ganze sich nicht verschiebe, die einzelnen Wattestückchen durch ein paar um den Kopf gelegte Bindentouren aus nicht appretirtem, hydrophilen Mull fixirt.

Wie verhält sich der Verband am folgenden Tage? Nehmen wir an, es handele sich um ein Ohr, das in dem Moment, in dem es in Behandlung trat, sehr stark abgesondert hat, und das deshalb in der zuletzt beschriebenen Weise mit einer grossen Menge von Watte und einigen Bindentouren verbunden worden ist. Bei dem ersten Verbandwechsel nach 24 Stunden finden wir die äussersten Wattestückchen, vorausgesetzt, dass kein Wasser von aussen, z. B. beim Waschen des Gesichts hinzugetreten ist, meist noch vollständig trocken. Dann kommen einige Wattebäuschchen, die mit vertrocknetem, häufig grün gefärbten Secret durchsetzt sind. Sie sind steinhart. Je mehr man sich dem Trommelfell nähert, um so feuchter werden die Bäuschchen, enthalten aber nie so viel Secret, dass sich dasselbe in Tropfen ausdrücken lässt. Nur, wenn das richtige Verhältniss zwischen der Absonderungsquantität und der Grösse der Verdunstungsoberfläche nicht getroffen worden ist, oder wenn die aufsaugende Thätigkeit des Verbandes dadurch vernichtet worden ist, dass der Patient den Verband von aussen benetzt hat, ist dies der Fall. Sind diese beiden Fehler vermieden, so muss nach Abnahme des letzten Bäuschchens das Trommelfell trocken und reizlos zu Tage liegen. Wenn man jetzt so kräftig als möglich politzert und zugleich mit dem Trommelfellspiegel die Perforation betrachtet, so darf auch nicht ein Tropfen Secret aus der Trommelhöhle treten. Mit anderen Worten: die Trommelhöhle muss ebenfalls vollkommen trocken sein.

Man wiederholt nun den Verband genau in derselben Weise, wie am ersten Tage. Oefters hat schon der einmalige, durch 24 Stunden regelrecht functionirende Verband genügt, um die Perforation zu schliessen. Wenn dies noch nicht eingetreten sein sollte, so manifestirt sich doch die günstige Wirkung des Verfahrens dadurch, dass die Stärke der Secretion um ein Bedeutendes herabgesetzt ist. Man hat es nunmehr nur noch mit einer schwach absondernden Trommelhöhle zu thun. Es genügt also jetzt, wie vorhin schon erwähnt wurde, den Gehörgang einfach mit Watte bis zum Grunde der Ohrmuschel auszufüllen, ohne diese selbst in den Bereich der Verdunstungsoberfläche zu ziehen.

Wechselt man nun nach abermals 24 Stunden den Verband zum zweiten Male, so findet man meist schon folgenden Zustand. Sämmtliche Wattestücke sind trocken bis auf die untersten Lagen. Auch diese verhalten sich ebenso; nur sind sie nicht mehr weiss, sondern gelbbraun in Folge Durchsetzung mit mehr weniger eingetrocknetem Secret. Darunter

Digitized by Google

ist entweder nunmehr die Perforation zugeheilt, der ganze Process also beendet, oder es bedarf hierzu noch einiger weniger (meist 1—2) Tage, in welchen Fällen in Zwischenräumen von je 24 Stunden der Verbandwechsel vorgenommen wird. Wie lange Zeit jede einzelne Mittelohrentzündung zur Verheilung braucht, das hängt natürlich sehr von individuellen Bedingungen, wie Beschaffenheit und Intensität des ursprünglichen Reizes, Constitution des Patienten etc. ab. Unter Umständen, z. B. wenn ein Fremdkörper durch seine Anwesenheit in der Trommelhöhle einen beständigen, nicht eliminirbaren Reiz ausübt, wird es nie zum vollständigen Stillstand der Secretion kommen. Abgesehen von diesen und ähnlichen, gewiss recht seltenen Fällen, versiegt nach meiner bisherigen Erfahrung die acute, secernirende Trommelhöhlenentzündung bei Anwendung des Ausstopfungsverfahrens nach spätestens einer Woche, meist schon innerhalb der ersten 24 — 48 Stunden. Auch tritt in Folge des raschen Aufhörens der Absonderung, soweit ich bis jetzt die Sache beurtheilen kann, immer sofort Vernarbung der Perforation ein. Bei der Frische der Verwundung sind eben überaus günstige Bedingungen für den Verschluss der Trommelfelllücke gegeben. Letztere ist noch klein, ihre Ränder sind frisch, das Gewebe derselben ist also noch zur Regeneration geneigt etc. Kurz, es wäre schwer begreiflich und würde allen Erfahrungen der Wundheilung widersprechen, wenn die Trommelfelllücke offen bleiben würde.

Gehen wir nun zur theoretischen Begründung des Verfahrens über. Die Methode abstrahirt von vornherein von dem Versuche, nach antiseptischem Schema die Spaltpilze zu eliminiren oder sie durch Einfügung von Desinficientien in dem Verband unschädlich zu machen*). An Stelle des antiseptischen ist ein anderes Princip getreten, d. i. die permanente Entfernung der Producte der entzündlichen Exsudation. Da dies der Cardinalpunkt der ganzen Sache ist, so sei es erlaubt, auf denselben näher einzugehen. Bekanntlich theilt man die Producte der entzündlichen Exsudation in 2 Gruppen, in primäre und secundäre. Primär heissen die Exsudate in dem Momente, in dem sie abgesondert werden. Gerathen sie unter die Einwirkung von Microorganismen, so erleiden sie gewisse chemische Umwandelungen, in Folge deren sie die secundäre Beschaffenheit annehmen. Beide, die primären wie die secundären Absonderungen, stören den normalen Heilungsverlauf und erzeugen Fieber, aber in sehr verschiedenem Maasse. Die secundären sind weit schädlicher, als die primären. In letzteren ist nur ein einziger pyrogener Stoff, das sogen. Fibrinferment,

---

*) Es braucht wohl nicht hervorgehoben zu werden, dass das Mechanische des Verfahrens streng nach antiseptischen Grundsätzen geregelt sein muss, d. h. man darf nur sterilisirte oder antiseptische Verbandmaterialien und desinficirte Instrumente nehmen. Die Ohrtrichter, Stopfer, knieförmigen Pincetten etc. müssen beständig in einem mit Carbolsäure resp. Creolin oder Sublimat etc. gefüllten Gefäss liegen. Aus diesem werden sie mit der Pincette (nicht mit den Händen) unmittelbar vor dem jedesmaligen Gebrauch herausgeholt. Ehe sie in den Gehörgang eingeführt werden, werden sie, damit keine Nässe in diesen eindringe, durch kurzes, energisches Schütteln von der anhaftenden Flüssigkeit so viel als möglich befreit. Unmittelbar nach jedesmaligem Gebrauch werden sie sofort wieder in die desinficirende Flüssigkeit getaucht.

Digitized by Google

und auch dieser nur in geringen Quantitäten vorhanden. Die secundären Producte der entzündlichen Exsudation besitzen dagegen nicht allein einen colossalen Reichthum an den verschiedenartigsten pyrogenen Substanzen, sie zeichnen sich ausserdem auch noch durch die Anwesenheit phlogogener Stoffe aus, die den primären vollständig abgehen, d. h. sie erzeugen nicht blos Fieber, sondern auch in loco an demjenigen Punkte, wo sie mit dem lebenden Gewebe in Berührung kommen, Entzündung. Letztere kann sich bekanntlich bei besonders ausgesprochenem secundären Charakter der Exsudate bis zum sofortigen Gewebstod steigern. Unsere ganze Antisepsis zielt nun darauf hin, den Entzündungsproducten den primären Charakter zu bewahren, oder mit anderen Worten: die Bildung secundärer Exsudate hintanzuhalten.

Wie liegen nun die Dinge bei einer Trommelhöhleneiterung? Da ist es von vornherein unmöglich, die Entstehung relativ grosser Mengen secundärer Entzündungsproducte zu verhindern; denn diese bilden sich ja im Innern des Cavum tympani an den verstecktesten, unserer Ocularinspection, also auch unserer directen Einwirkung, unzugänglichsten Punkten und unter steter Berührung mit den zahlreichen, daselbst bereits vorhandenen, resp. mit jeder Schluckbewegung aus der Tube neu einwandernden Bacterien. Deshalb kann auch von der Anwendung der Antisepsis nicht die Rede sein. Für diese fehlen ja alle Vorbedingungen. Das Lister'sche Verfahren basirt auf der Voraussetzung, dass die Producte der entzündlichen Exsudation noch den primären Character besitzen. Es bezweckt einzig und allein, sie vor der Annahme secundärer Eigenschaften zu bewahren*). Haben die Secrete dagegen schon von vornherein secundäre Beschaffenheit, so bleibt für die Therapie nur ein einziger Weg übrig und das ist die sofortige Eliminirung der Exsudate in demselben Momente, in dem sie sich bilden. Sie werden dadurch der Möglichkeit beraubt, durch die in ihnen enthaltenen pyrogenen und phlogogenen Substanzen den Heilungsverlauf störend zu beeinflussen.

Mit den bisher gebräuchlichen Methoden war eine dauernde Trockenhaltung der Trommelhöhle nicht erreichbar. Höchstens vermochte man mittelst des Politzer'schen Verfahrens und nachfolgender Ausspritzungen momentan das Cavum tympani von dem angesammelten Secret zu befreien. In der Zwischenzeit zwischen je 2 Reinigungen hatte dagegen das an pyro- und phlogogenen Stoffen so reiche Trommelhöhlenexsudat genügend Gelegenheit, mit der erkrankten Schleimhaut in Berührung zu kommen und somit die restitutio ad integrum mehr weniger lange, leider oft genug ad infinitum zu verzögern.

Die Ausfüllung des Gehörgangs mit Borsäure oder Jodoform würde berechtigt sein, wenn beide Medicamente die Fähigkeit besässen, das

*) Lister selbst hat bekanntlich dies seiner Methode zu Grunde liegende Princip verkannt. Er glaubte, die vorzüglichen Resultate seines Verfahrens seien dadurch bedingt, dass es ihm gelungen sei, die Spaltpilze abzuhalten. Das ist ein Irrthum. Merkwürdiger Weise wird derselbe, trotzdem alle Lehrbücher der allgemeinen Chirurgie ihn ausführlich widerlegen, trotzdem der Nachweis blühender Coccusvegetationen unter dem Lister-Verbande häufig genug ad oculos erbracht worden ist, von der überwiegenden Mehrzahl der practischen Aerzte getheilt. Er wird aber darum nicht richtiger.

Digitized by Google

Trommelhöhlensecret permanent abzusaugen. Dazu sind sie aber nicht im Stande*). Bei ihrer Empfehlung ging man ursprünglich auch gar nicht von diesem Gesichtspunkte aus. Das treibende Motiv war vielmehr die Hoffnung, mit antiseptischen Hilfsmitteln auch auf dem Gebiete der Mittelohreiterung Erfolge zu erzielen. Da man die typischen Listerverbände aus technischen Gründen nicht übertragen konnte, so versuchte man es faute de mieux mit einer Nachahmung der Pulvermethode, ein Unternehmen, dessen Nichtberechtigung sich aus folgender Betrachtung ergiebt:

Man denke sich eine Wundfläche, z. B. einen Amputationsstumpf mit einem grossen, uhrschalenförmigen Glase bedeckt, so dass zwischen beiden ein mit bacterienhaltiger Luft gefüllter Hohlraum bleibt. In das Glas seien 2 Löcher geschnitten. In dem einen stecke ein Schlauch — die Tube —, der in einen mit Microorganismen überladenen Luftbehälter — den Nasenrachenraum — führt. Man kann nun auf das andere Loch so viel Borsäure oder Jodoform packen, als man will, nie wird es möglich sein, den Secreten der Wunde den primären Charakter zu bewahren, sie werden immer in Folge der ständigen Einwirkung der Bacterien die secundäre Beschaffenheit annehmen, sich also geradeso verhalten, als wenn überhaupt keine Desinficientien mit der die Wunde bedeckenden Uhrschale in Berührung gekommen wären. Das Einzige, was man erreicht, wird sein, dass das Secret, sobald es aus dem mit Borsäure oder Jodoform bedeckten Loche abfliesst, desinficirt wird. Darauf kommt es aber nicht, mindestens nicht in erster Linie, an. Das ist für die Verheilung der Wunde unter der Uhrschale an und für sich gleichgiltig. Für diese ist nur eine einzige therapeutische Maassnahme von Belang, nämlich das beständige Entfernen der secundär gewordenen Secrete im Momente ihrer Bildung.

Wie aber, haben sich nicht fast alle seit Bekanntwerden der Pulvermethode erschienenen Lehrbücher der Ohrenheilkunde (auch das meinige) zu Gunsten der Borsäurebehandlung ausgesprochen? Eine Sache, die so allgemein gelobt wird, kann doch nicht ganz verfehlt sein?! Gewiss nicht. An der Pulverbehandlung muss etwas Richtiges sein, und zwar scheint mir dies in folgenden Umständen zu liegen: Das Trommelhöhlenexsudat gelangt nicht blos aus dem Cavum tympani in den Gehörgang. Es ist nicht undenkbar, dass es unter Umständen auch umgekehrt aus dem

---

**) Freilich wird von Verfechtern der Borsäuretherapie neuerdings dem Borsäurepulver eine capillare Attractionsfähigkeit für das Trommelhöhlensecret vindicirt. Aber dem scheinen die Thatsachen offenkundig zu widersprechen. Man braucht, um sich von der geringen Aufsaugungsfähigkeit der Borsäure für wässerige Flüssigkeiten zu überzeugen, nur 3 gleiche Quanta, z. B. 3 gestrichene Theelöffel, einen mit pulverisirtem Zucker, den anderen mit Borsäure, den dritten mit Kochsalz in gleich grosse Gläser mit Wasser zu werfen. Salz und Zucker sinken sofort unter und lösen sich relativ bald, zuerst das Salz in ca. 1 Stunde, dann der Zucker in ungefähr doppelt so langer Zeit. Die Borsäure ballt sich zuvörderst zu auf dem Wasser schwimmenden Klumpen zusammen. Erst nach 1 Stunde sinken diese unter, also zu einer Zeit, wo das Salz schon aufgelöst ist, und lösen sich sehr allmählig, erst nach ca. 3—4 Stunden, auf. Borsäure besitzt also viel weniger capillare Attraction als Salz, und auch weniger als Zucker.

Digitized by Google

Meatus auditorius externus in die Trommelhöhle zurückfliesst, sobald die hierzu nöthigen physicalischen Bedingungen gegeben sind. Das muss z. B. bei grösseren Perforationen der Fall sein, sobald das Secret sich bis zum Niveau der Perforationsöffnung angesammelt hat und der Kranke den Kopf nach der gesunden Seite beugt. Ist nun der Gehörgang mit Borsäure oder Jodoform ausgepulvert, so wird das zurückfliessende Secret desinficirt. Ist dagegen der Meatus ext. nicht mit antiseptischen Substanzen ausgefüllt, so werden die aus der Trommelhöhle abgeflossenen Secrete während ihres Verweilens im Gehörgange noch mehr zersetzt, also noch reicher an pyro- und phlogogenen Stoffen geworden sein. Sie müssen daher bei etwaigem Rückfluss das Cavum tympani noch stärker irritiren. Auf diesen vielleicht nicht ganz nebensächlichen Umstand scheint mir die so vielfach gepriesene Wirkung des Einpulverungsverfahrens zurückgeführt werden zu müssen. (Schluss folgt.)

Zur Zink-Platina-Tauchbatterie.

Von

Dr. **Broich**, Hannover.

Voltolini hat bekanntlich das grosse Verdienst, die galvanocaustische Methode auf unseren Specialgebieten nicht allein eingeführt, zur vielseitigsten Anwendung und technischen Vollendung gebracht, sondern auch in seiner Zink-Kohle- und Zink-Platina-Tauchbatterie eine ebenso bequeme wie wirksame galvanische Quelle angegeben zu haben. Wer nun beide Apparate geprüft hat, wird mir zugeben, dass der letztere wesentliche Vorzüge vor dem ersteren besitzt, welche vorwiegend darin bestehen, dass, da die Platinaplatte von der Erregungsflüssigkeit nicht angegriffen wird, auch keine Imprägnirung mit den freiwerdenden chemischen Producten, wie es ja bekanntlich bei der Kohle stattfindet, eintritt, diese Batterie constanter und wirksamer functionirt, als jene, und dass ferner nach dem Gebrauche eine einmalige kurze Abspülung mit Wasser genügt, um sie sofort wieder in Action zu setzen, während die Zink-Kohle-Batterie lange Zeit in frischem Wasser stehen muss, bevor sie einigermassen wieder ausgelaugt ist. Lauter Dinge, die Voltolini bei seiner Empfehlung der Zink-Platina-Batterie zur Zeit schon kurz erwähnt hat. Der Nachtheil besteht in der grossen Preisdifferenz, indem nach Voltolini's Angabe letztere beim Instrumentenmacher Brade, Breslau, circa 200 Mk., also etwa 3—4 Mal so viel kostet, als erstere.

Somit würde es sich also wohl verlohnen, eine Methode, oder wenn man will, Modification anzugeben, durch welche meiner Meinung bei gleicher Leistungsfähigkeit der Preis sich wesentlich niedriger stellen muss; dieser ist aber wesentlich abhängig von dem Gewichte resp. der Dicke der Platinplatten. Da nun die electromotorische Wirksamkeit der Batterie abhängig ist von dem Flächenraum der Platten, welche mit der erregenden Flüssigkeit in Verbindung treten, und nicht von der Dicke resp. dem Gewichte derselben, so kann es in diesem Falle auf die Dicke des Platinbleches nur insofern ankommen, als dieselbe nöthig ist, um ihm die nöthige Steifigkeit resp. Schutz gegen Verbiegung zu geben.

Digitized by Google

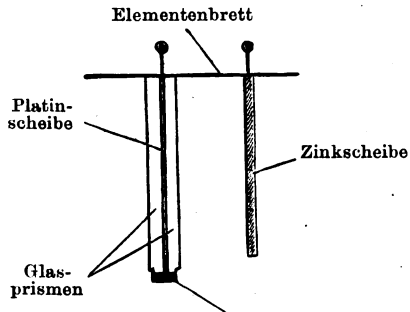
Ich hatte mir nun seiner Zeit vom Instrumentenmacher Detert in Berlin eine Zink-Platina-Batterie anfertigen lassen, für welche der scheinbar billige Preis von 150 Mk. verlangt wurde, überzeugte mich aber bald, dass dieselbe aus dem Grunde nichts taugte, weil durch die Dünne der Platinbleche ein überaus leichtes Verbiegen derselben und Aneinanderlegen der Zink- und Platina-Platten während des Versuches entstand und dadurch naturgemäss ein wirksamer galvanischer Strom nicht zur Erscheinung kam. Dieser Uebelstand muss aber noch mehr und selbst bei relativ stärkeren Platinblechen zu Tage treten, wenn erst nach längerem Gebrauch die Zinkplatten in ihrem unteren Theile verzehrt sind und dadurch die Platinscheiben über den Rand derselben prominiren.

Diese Erwägung führte mich auf die Idee, den Platten durch irgend eine Vorrichtung einen solchen Halt zu geben, dass sie bleibend in ihrer Lage gehalten und isolirt würden.

Ich liess das nun durch einen hiesigen Instrumentenmacher in folgender Weise bewerkstelligen: Es wurden jedesmal an den äusseren Rändern des Elementenbrettes in senkrechter Richtung zu jeder Seite der Platinscheibe Löcher in dasselbe eingebohrt und in diese Glasstäbe von etwa $^1/_2$ Ctm. Durchmesser eingesteckt. Zwischen je 2, also im Ganzen 4, Glasstäben ruht nun die einzelne Scheibe und eine Verbiegung resp. Bewegung, sofern sie nicht gewaltsam geschieht, wird dadurch unmöglich. Wenn man will, lassen sich die Platten auch noch durch Platindraht an den Stäben befestigen.

Durch irgend eine andere, ähnliche Einrichtung, welche event. der Findigkeit des Instrumentenmachers zu überlassen ist, kann natürlich dasselbe erreicht werden.

Diese Methode gestattet also, bei der Voltolini'schen Batterie die Platinbleche so dünn zu wählen, als man will, hat aber ferner noch den grossen Vorzug, dass sich nun auch in ebenso billiger Weise das Platinblech zur Herstellung eines grossen Elementes, das ja auch seine Liebhaber hat, verwenden lässt, und zwar in noch viel leichterer und zweckmässigerer Weise.



Das Ganze im Profil gesehen.

Es würden dann nur zu jeder Seite des Platinbleches 2 dicke Glasprismen in dem Elementenbrette senkrecht zu befestigen sein, die die Kanten der leicht beweglichen Platinscheiben zwischen sich nähmen. Man kann dann dieselben so scharf anspannen als man will und die unteren Enden der Prismen durch umgewickelten Platindraht so nahe aneinander bringen, dass sie gleichsam wie eine Klammer wirken.

Herr Detert in Berlin hat die Herstellung dieser Apparate übernommen, doch bin ich vorläufig ausser Stande, einen genauen Preis angeben zu können. Ausserdem ist die Herstellung dieser Apparate resp. Verbesserung bei vielleicht eingetretenen Uebelständen so einfach, dass

Digitized by Google

jeder Instrumentenmacher aus diesen Angaben dieselben anfertigen und den Preis bestimmen kann.

Zum Schlusse möchte ich noch bemerken, dass nach einer privaten Mittheilung Herr Prof. Voltolini dem oben besprochenen Uebelstand dadurch abzuhelfen gesucht hat, dass jede Platinplatte in der Mittellinie des Elementenbrettes zwischen 2 Hartgummistäben eingeklemmt und an den unteren Kanten je ein Hartgummiknopf angebracht ist, wodurch die Berührung der Zink- und Platinascheibe vermieden werden soll. Inwiefern diese oder meine Vorrichtung practischer ist, resp. dem eigentlichen Postulat der Isolirung näher kommt, darüber möchte ich mir ein Urtheil nicht erlauben.

Beitrag zur Casuistik des Stirnhöhlenempyems.

Von

Dr. **W. Schutter** in Groningen (Holland).

Während bei der Behandlung von Ansammlung von Flüssigkeiten in dem Sinus maxillaris die Frage noch eine offene ist, auf welchem Wege die kranke Kieferhöhle in Angriff genommen werden soll, entweder von der natürlichen Oeffnung aus im Infundibulum, oder von einer künstlichen, kann bei denselben Erkrankungen der Stirnhöhle in dieser Hinsicht von einer Frage kaum die Rede sein. Es ist ja klar, dass die Eröffnung der Stirnhöhle durch Trepanation nicht nur eine entstellende, sondern auch ziemlich eingreifende ist, zu der man nicht übergehen soll, bevor es sich durch wiederholte Versuche herausgestellt hat, dass die Sondirung der Stirnhöhle von der Nase aus unmöglich ist, angesichts der für die Entleerung seines flüssigen Inhaltes günstigen Lage der Sinusöffnung. Wie aber dieser Satz von den Autoren auch allerseits als richtig anerkannt wurde, so scheiterte die Ausführung dieses Heilungsplanes immer an der vermeinten Unmöglichkeit der Sondirung des Canalis naso-frontalis. Unter diesen Verhältnissen war die Idee Hartmann's*), die Politzer'sche Luftdouche bei der Behandlung der Stirnhöhlenerkrankungen in Anwendung zu bringen, ein grosser Fortschritt, nicht nur in diagnostischer, sondern auch in therapeutischer Hinsicht. Indess wurde man durch diesen Fund Hartmann's der Lösung des Problems einen Schritt, und zwar einen grossen Schritt, näher geführt, die Lösung selbst brachte er nicht. Es ist ja klar, dass die einfache Luftdouche ein Empyem des Sinus frontalis nur in seltenen glücklichen Fällen zur Heilung bringen kann. Eines solchen erwähnt Hartmann**). Denn wenn es auch gelingt, die den mittleren Nasengang verstopfenden Polypen oder Schleimhautwulstungen mit der Schlinge und Cauterisationen fortzuschaffen (und das ist doch immer nur der Fall mit dem Theile jenes Nasenganges, den wir bei der Rhinoscopie zu Gesichte bekommen) und trotzdem die Eiterverhaltung nicht ganz gehoben wird, und Theile des Ausführungsganges durch die Douche wegsam gemacht werden müssen, so ist diese Lüftung doch immer nur momentan

*) Deutsch. Arch. f. clin. Med., Bd. XX, 1877.
**) Berl. clin. Wochenschr. 1882, No. 48.

Digitized by Google

und zum völligen Abfluss des Eiters kaum genügend. Ist aber dazu die Stirnhöhle, wie so oft, durch Knochenleisten in verschiedenen Abtheilungen mehr weniger vertheilt, so wird trotz Douche und trotz des geräumigen Abfuhrweges die Eiterverhaltung nicht gehoben werden können.

„Dann bleibt," äussert sich Heineke*) „bei der Unzugänglichkeit des Ausführungsganges der Stirnhöhle von der Nasenöffnung aus nichts weiter übrig, als die vordere Wand der Stirnhöhle zu eröffnen und von dieser Oeffnung aus den Ausführungsgang des Sinus frontalis wieder durchgängig zu machen."

Diese Meinung theilt auch König†). „Die Behandlung (der Eiteransammlungen und Hydropsien der Stirnhöhle) würde vor Allem den verstopften Ausführungsgang nach der Nase wieder herzustellen haben. Das ist wohl immer unausführbar" etc. Ein gleiches abneigendes Urtheil sprach Schech†† aus. Bei dieser Sachlage verdienen wohl die Mittheilungen von Jurasz†††) über Sondirung der Stirnhöhle volles Interesse. An letzterer Stelle theilt Jurasz mit, es sei ihm bei 21 Personen 11 mal die Sondirung gewiss oder mit grosser Wahrscheinlichkeit gelungen, und wird der Nutzen dieser Sondirung an einem Falle von Empyema sinus frontalis beleuchtet.

Wenn ich die in der mir zugänglichen Litteratur niedergelegten Fälle von Entzündung des Sinus frontalis mit Ansammlung von Flüssigkeiten zusammenbringe, ist die Ausbeute recht spärlich. Ich finde darüber Folgendes verzeichnet:

Centralbl. f. Laryngologie IV, S. 304. Referat über einen Fall von Entzündung des Sinus frontalis mit empfohlener Behandlung — Entleerung, Drainage und nachfolgende typische Behandlung.

Ibidem V, S. 13.

Schmiegelow, 2 Fälle von Empyema sinus frontalis ohne Weiteres verzeichnet in einem Referat über Casuistik.

Centralbl. f. pract. Augenhk., Februar 1888. Peltesohn: Drei Fälle von Eiteransammlung in Stirn- und Augenhöhle. In allen drei Fällen hatte schon Durchbruch von Eiter in die Augenhöhle stattgefunden; in einem Falle wurde die Behandlung von der Nase aus (wie, wird nicht näher angedeutet) vergeblich versucht, alle Fälle wurden mit Incision behandelt.

Revue mensuelle de Laryngologie 1887, S. 544. Referat über 5 Fälle von Empyem des Sinus frontalis, in Folge dessen Durchbruch von Eiter in die Augenhöhle stattgefunden hatte. Mit Incision und Drainage behandelt.

Es hat also dem Anscheine nach bislang die Sondirung der Stirnhöhle nach Jurasz noch keine Veranlassung gegeben, die Litteratur mit diesbetreffenden Mittheilungen zu bereichern. Dieser Umstand möge mir die Veröffentlichung von ein Paar Fällen von Empyem der Stirnhöhle und Sondirung des Sinus frontalis erlauben.

---

*) Deutsche Chirurgie No. 31, S. 249.
†) Lehrbuch d. spec. Chirurgie, 3. Aufl.
††) Die Erkrank. der Nebenh. d. Nase.
†††) Naturf.-Vers. 1883 (Berl. clin. Wochenschr. 1883, No. 50) und Berl. cl. Wochenschr. 1887, No. 3.

Digitized by Google

1) P. K., Postbeamter, 36 J., klagt über stinkenden Eiterausfluss aus der linken Nasenhöhle. Von der Dauer dieser Erkrankung weiss er nur, dass sie seit wenigstens 7 Jahren bestehe. Dazu hat er starke Kopfschmerzen, seit einem Jahre Schmerzen in der linken Oberkiefergegend, bei Druck verschlimmernd. Schmerz unter und hinter dem linken Auge. Pat. wird stark belästigt von Eiter im Halse. Status 87. V. 18. Keine Asymmetrie des Gesichtes; im Processus alveolaris des linken Oberkiefers ein cariöser Backenzahn, der sich bei der Untersuchung vom Zahnarzte als todt erwies. Rhinoscopisch zeigt sich die untere linke Muschel normal; die Schleimhaut der mittleren Muschel an der lateralen Seite gewulstet, polypoid verdickt. Hierdurch ist der mittlere Nasengang verschlossen. Auf der Schleimhaut der unteren Muschel spärlich Eiter; als die verdickte Schleimhaut etwas bei Seite gedrückt wird, erscheint etwas mehr Eiter. Druck auf der linken Stirnhaut und der Furche dieser ist schmerzhaft.

Am Rachendache eine Geschwulst, in deren Mitte eine Oeffnung, woraus Eiter quillt, spontan und mehr noch bei Sondendruck. Es wird die linke Nasenhöhle tüchtig cocainisirt und von Eiter möglichst rein gemacht. Alsdann wird der Pat. mit dem Scheitel tief nach unten und mit der gesunden Seite tiefer als die kranke niedergelegt, und bleibt er einige Zeit in dieser Lage. Danach zeigt sich im mittleren Nasengange etwas mehr Eiter als vorher. Dieser Versuch wird einige Male mit demselben Erfolge wiederholt.

Diagnose: Empyema sinus maxillaris sinistri. Verklebung der Spalte der Tonsilla pharyngea mit Eiterverhaltung.

Therapie: 22. Juni 1887. Perforation des Sinus maxillaris nach Mikulicz, Irrigation mit Boraxlösung. Es fliesst Eiter mit der Irrigationsflüssigkeit ab. Nachdem die Irrigation anfangs täglich, später weniger oft fortgesetzt ist, sind die krankhaften Erscheinungen seitens des Kiefers verschwunden; die Schmerzen unter und hinter dem Auge haben gänzlich nachgelassen, der Kopfschmerz ist beträchtlich gemildert, aber nicht ganz verschwunden. Nachdem die Irrigation einige Tage ausgesetzt ist, kehrt der Kopfschmerz mit grosser Vehemenz zurück. Während der ganzen bisherigen Dauer der Behandlung hat der Patient Ausfluss von Eiter im Halse.

28. Juli 1887. Der Eiterherd am Rachendache wird galvanocaustisch gespalten, der Eiterfluss im Halse nimmt gleich nachher ab und hat nach einigen Tagen ganz nachgelassen. Im mittleren Nasengange kommt wieder Eiter zum Vorschein. Da jetzt die wiederholt vorgenommene Untersuchung, nachdem Pat. in geeigneter Lagerung gelegen hat, die Herkunft des Eiters aus der Kieferhöhle ausschliessen lässt, wird die Stirnhöhle als wahrscheinlicher Sitz des Eiters angenommen. Mit Schlinge und Cauter werden die Schleimhautwulstungen im mittleren Nasengange möglichst beseitigt, und Luftdouche nach Hartmann, täglich wiederholt, angewandt. Jedoch ohne Erfolg. Ich fing jetzt an zu versuchen, die Stirnhöhle zu sondiren, und gelang es am 14. August 1887 eine Canüle in die Richtung des Canalis naso-frontalis vorzuschieben und in einem Eiterherd anzulangen. Es tropfte dicker Eiter aus der Canüle. Es wurde gleich Boraxlösung durch die Canüle eingespritzt; der Pat. fühlte deutlich die Stirnhöhle voll werden. Die Einspritzungen wurden täglich fortgesetzt,

Digitized by Google

allein nicht zur besonderen Genugthuung weder von mir, noch vom Patienten. Es floss namentlich die Flüssigkeit zwar gut hinein, aber nicht heraus. Nach der Irrigation hatte Pat. ein viel unangenehmeres Gefühl von Druck und Schmerz im Kopfe als vordem. Dieses Gefühl milderte sich zwar nach und nach mit der allmähligen Entleerung der Höhle während des Tages, aber der Zustand besserte sich durchaus nicht. Es musste also ein Mittel gefunden werden, den Abfluss der Flüssigkeit zu fördern. Da hatte ich die Idee, mit der Canüle ein Doppelgebläse zu verbinden, und nach Füllung der Höhle mit der Irrigationsflüssigkeit durch den stärkeren Luftdruck dieselbe zu entleeren. Und dies gelang so vollkommen, wie ich es kaum hätte erwarten können. Ich presste den Reserveballon des Gebläses kräftig zusammen, und gleich floss der Eiter mit solcher Schnelligkeit in grosser Menge hinunter, dass es dem Pat. nicht möglich war, ihn auszuspucken. Diese Behandlung wurde längere Zeit fortgesetzt und wurde Pat. wieder vollkommen arbeitsfähig und seine Kopfschmerzen ganz los. Als der Eiterfluss fast besiegt war, trat Umstände halber eine Unterbrechung in der Behandlung ein und exacerbirte die Krankheit. Wiederholung derselben Behandlung hatte wieder günstigen Erfolg; die Schmerzen liessen nach, der Eiterfluss sistirte fast ganz. Völlige Heilung habe ich aber dem Patienten nicht angedeihen lassen können. Wird die Behandlung längere Zeit unterbrochen, so verschlimmert sich die Krankheit wieder. Wegen des prompten Erfolges der Irrigation mit Luftdouche lässt Pat. sich nicht überreden, durch Trepanation endgiltige Heilung anzustreben.

2) J. v. d. S., 72 J., Bauerswittwe, sah ich zum ersten Male 1888, 21. Juni. Pat. leidet seit 4 Jahren an fötidem Eiterausfluss aus der linken Nase, und ist diese Nase oft verstopft. Seit einem Jahre Schmerzen in der linken Stirnhälfte. Rhinoscopisch starke Schwellung der Schleimhaut des mittleren Nasenganges, woraus Eiter hervorquillt, noch mehr nach Lüftung des Ganges mit der Sonde. Es wurde durch Untersuchung in vorher genannter Lagerung die Herkunft des Eiters aus der Stirnhöhle wahrscheinlich gemacht, und gelang es alsdann, eine Canüle in die Stirnhöhle vorzuschieben. Es tropfte Eiter aus der Canüle. Einspritzung von Boraxlösung. Die Irrigationsflüssigkeit floss erst eitrig, dann rein ab. Es wurde alsdann der Doppelballon mit der Canüle verbunden, erst schwächer, nachher kräftig gedrückt, wobei der Eiter in dicken Flocken aus der Nase stürzte. Am folgenden Tage theilte Pat. mit, sie habe den Kopfschmerz nicht mehr gespürt. Pat. wurde von jetzt an mit kleinen Unterbrechungen täglich behandelt, die Schleimhautwulstungen mit der kalten Schlinge entfernt. Anfangs September wurde Pat. entlassen; aus der Stirnhöhle fliesst kein Eiter mehr, der Kopfschmerz ist nicht zurückgekehrt, die Lichtung der Nase fortwährend frei. Es hat sich mir diese Methode der Anwendung der Luftdouche so sehr bewährt, dass ich sie den Collegen zum Nachproben bestens empfehlen möchte. Ich glaube, es würde der grosse Nutzen der Hartmann'schen Luftdouche sehr gefördert werden, wenn man versuchte, diese auch für diagnostische Zwecke stets nach oben erwähnter Methode durch die Canüle anzuwenden. Man vermeidet das für die Patienten durchaus unangenehme Gefühl des erhöhten Druckes in der Paukenhöhle und hat keine Gefahr, stinkende Gase oder Eiter in's Mittelohr zu schleudern, eine Gefahr, auf welche Ziem

Digitized by Google

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde No. 4, 1880) schon aufmerksam gemacht hat.

Contraindicirt ist oben angeführte Behandlungsweise in Fällen, wo bereits Durchbruch in die benachbarte Augen- und Stirnhöhle stattgefunden hat.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber die nach Ohreiterungen sich einstellenden intracraniellen Abscesse und ihre Behandlung von Chauvel. (Sitzungsbericht der Académie de médecine zu Paris vom 9. October 1888.)

Ch. berichtet über 2 Beobachtungen von Gehirnabscess, beide entstanden nach einer eitrigen Mittelohrentzündung, an welche sich durch Fortpflanzung der Entzündung eine eitrige Arachnoitis schloss. Im ersten Falle klagte ein junger 23jähriger Soldat seit einigen Wochen über vage Schmerzen in der Gegend des Processus mastoideus, nachdem längere Zeit bereits eitriger Ausfluss aus dem entsprechenden Ohre geflossen war. Sehr bald schlossen sich von der Regio mastoidea aus heftiger Kopfschmerz, sowie Strabismus divergens an, ohne dass man indessen intrabulbäre Abnormitäten durch die ophthalmoscopische Untersuchung nachweisen konnte. Fehlen von Facialis-Paralyse und Hemiplegie. Coma und Exitus letalis. — Die Autopsie ergab eine umschriebene Eiterung in der Paukenhöhle, sowie eine leichte Verdickung derjenigen Parthie der Dura mater, welche das Felsenbein überzieht, schliesslich eine eitrige Meningitis der Regio basilaris. Die linke Hemisphäre des Grosshirns bot eine Volumsvermehrung in dem unteren Abschnitte des Mittellappens. Bei der Oeffnung fand sich ein Abscess in der Grösse einer welschen Nuss. — Ein chirurgischer Eingriff wäre in dem erwähnten Falle ohne Nutzen gewesen. — Auch der zweite Fall betrifft einen Soldaten, der wegen einer doppelseitigen Otitis media, seit 10 Tagen bestehend und mit ziemlich intensivem Fieber einhergehend, zur Behandlung kam. Am 11. Tage begann er ziemlich unvermittelt über Kopfschmerz sowie ziemlich bedeutendes Fieber zu klagen. Es bestand in diesem Falle kein Strabismus, auch keine Schwellung oder ausstrahlende Schmerzen im Jugulum. — Am nächsten Tage tiefer Stupor; Pat. gab auf Anrufen keine Antwort, reagirte dagegen auf Hautreize. — Nackenstarre. Sehr bald stellte sich auch Coma, linksseitige Parese, besonders des Arms, ein. Ausserdem bestand Dilatation der linken Pupille. Ophthalmoscopisch nichts Abnormes nachweisbar. — Die Behandlung bestand in Trepanation der Apophysis mastoidea und Drainage; ein weiterer chirurgischer Eingriff wurde unterlassen, da man nicht mit Sicherheit die Diagnose der Localisation des offenbar bestehenden Abscesses stellen konnte. Nach einer leichteren Besserung in dem Befinden des Patienten erfolgte auch in diesem Falle nach 8 Tagen Exitus letalis im Coma. — Die Autopsie ergab eine besonders rechts intensive congestive Schwellung, weiterhin eine grosse Eiteransammlung an der Basis der Pia mater, in den Seiten- sowie im 4. Hirnventrikel.

Digitized by Google

Ausserdem bestand am mittleren Grosshirnlappen, besonders in dem vorderen Theile desselben, unmittelbar unter der sehr verdünnten Rinde, ein Abscess von der Grösse einer Wallnuss. — Verf. glaubt, dass dieser Abscess in dem qu. Falle zuerst bestand und dann zur Entwicklung der Meningitis basilaris geführt habe, bis schliesslich auch die Ventrikel von Eiter überschwemmt wurden. Die Diagnose war in diesem Falle wegen der Multiplicität der Erscheinungen unmöglich zu stellen.

Im Allgemeinen bieten diese beiden Fälle ungewöhnliche Symptome; denn meist liegen die nach Otitis media auftretenden Gehirnabscesse in der Umgebung der Läsion, d. h. im Lobus temporo-sphenoidalis des Gehirns oder, etwas seltener, im Kleinhirn. — Auch die gewöhnlich verbreitete Ansicht, derzufolge die Abwesenheit von Fieber, sowie die allmählig immer characteristischer auftretenden Erscheinungen des Hirndrucks gegen acute purulente Meningitis oder Thrombose der Sinus sprechen, hat sich in diesem Falle nicht bewährt. — Hier wäre es vielmehr vor der Ausführung der Trepanation vollkommen unmöglich gewesen, zu entscheiden, ob ein Gehirnabscess vorlag oder nicht. Auch das von Politzer betonte Symptom: die extreme Schmerzhaftigkeit der Schädeldecke in der Gegend des darunter liegenden Abscesses (in den qu. Fällen also in der Gegend des Os occipitale und temporum) ist hier niemals beobachtet worden. — Vom therapeutischen Standpunkte ist es in derartigen Fällen, in welchen man bei Otitis media eine Eiteransammlung intra cavum cranii vermuthet, stets von Nutzen, den Processus mastoideus zu trepaniren. Entleert sich durch die so geschaffene Oeffnung auch nur eine geringe Spur von Eiter, so ist die Annahme, dass es sich um eine Eiteransammlung in der Gegend des Kleinhirns handelt, nicht unwahrscheinlich. Bekanntlich wird die Diagnose eines Kleinhirnabscesses ausserdem wesentlich durch Schwindelgefühl unterstützt, indessen verschwindet dieses Symptom gewöhnlich gegenüber der Complexität der übrigen Erscheinungen, so dass auch dies nicht wesentlich in's Gewicht fällt. — Bei aller Unsicherheit der Erscheinungen darf dennoch, zumal bei dringender Gefahr, der Chirurg den oft alarmirenden Symptomen gegenüber nicht müssig zusehen. Stets aber soll der Trepanation der Convexität der Hirncapsel eine Eröffnung der Apophysis mastoidea vorausgehen; und erst, wenn das Ergebniss der letzteren positiv ist, d. h. wenn nach einigen Stunden oder Tagen der Trepanationsöffnung Eiter entströmt, darf man weitere Trepanationsversuche senkrecht über dem muthmasslichen Herde des Abscesses vornehmen. — Die Eröffnung eines Abscesses im Schläfenlappen, wo gewöhnlich die Eiteransammlung bei Otitis media liegt, wird in der Weise ausgeführt, dass man sich zunächst die Trepanationsstelle construirt. Zu dem Zwecke zieht man sich zunächst eine horizontale Linie, die vom äusseren Vereinigungspunkte der Lider ausgehend, den oberen Rand des Orificium externum des Ohres überschreitet; ausserdem 2 verticale Linien, die eine vor, die andere hinter der Oeffnung. Zwischen diesen beiden Verticalen, in der Höhe der Horizontalen, ist die passendste Stelle für die Eröffnung des Schläfenbeins, d. h. an der dünnsten Stelle dieses Knochens, etwas hinter der Theilungsstelle der Arteria meningea media. Senkrecht darunter liegt dann der Lobus temporalis. — Verf. gelangt schliesslich zu folgenden Schlussergebnissen: Die intracraniellen Abscesse nach

Digitized by Google

Eiterungen des Mittelohres kennzeichnen sich im Allgemeinen nicht durch einen besonderen Symptomencomplex; im Allgemeinen kann man ihre Gegenwart nur vermuthen. — Gewöhnlich haben die qu. Abscesse ihren Sitz in der Gegend des Felsenbeins und zwar in der Gegend der hinteren oder mittleren Parthie des Lobus temporo-sphenoidalis. — Unter den therapeutischen Eingriffen bringt die Myringotomie, verbunden mit antiseptischen Waschungen des Mittelohres, keinerlei Besserung, selbst wenn man ausserdem noch die Trepanation der Apophysis mastoidea ausführt. — Die Eröffnung des Gehirns ist jedenfalls unter allen Umständen erst dann indicirt, wenn es sich um Thrombose der Hirngefässe oder um einen nachweisbaren tief gelegenen Abscess handelt. — Nach breiter Oeffnung des Gehirns mittelst Trepan ist der ganze zugängliche Theil der Dura mater breit zu incidiren, worauf ein feiner aseptischer Troicart in das Gewebe eingestossen wird, um den Sitz des Abscesses zu ermitteln. Nach der Oeffnung desselben ist dieser auf's Sorgfältigste zu drainiren und auszuspülen. Bei tiefen und wenig zugänglichen Abscessen ist eventuell noch eine Gegenöffnung anzubringen, um dem Eiter um so leichteren Abfluss zu gewähren und die schnelle Heilung der Wunde zu begünstigen. L.

Die Behandlung der Otorrhoe. Von Dr. Colladon. (Revue méd. de la Suisse Rom. XI. — Therapeut. Monatshefte, II. Jahrg., October 1888.)

Eingangs dieser, auf Grund einer grossen Anzahl practischer Erfahrungen verfassten Publication sucht Verf. die Natur der Otorrhoe festzustellen, die noch heute von einer grossen Anzahl von Aerzten in vielen Fällen als Symptom einer einfachen Entzündung des äusseren Gehörgangs angesehen wird. Demgegenüber hält Verf. die Erkenntniss der Thatsache, dass Otorrhoe fast stets das Symptom einer acuten oder chronischen Mittelohrentzündung mit Perforation des Trommelfelles sei, für die nothwendigste Vorbedingung zur Einleitung einer rationellen Behandlungsweise derselben; denn die Vernachlässigung dieser leider so häufigen Affection führt nicht nur zu unangenehmen Symptomen, wie Schwerhörigkeit, übler Geruch aus dem Ohre, Eczem des äusseren Ohres etc., sondern sie setzt auch die Gefahr von Caries des Felsenbeines, Meningitis etc. — Die einzige Möglichkeit, allen diesen, für die Entwickelung und das Leben des Individuums so verhängnissvollen Folgezuständen vorzubeugen, besteht in der Inangriffnahme einer frühzeitigen und energischen Behandlung, die sich nicht nur auf eine kräftigende, tonisirende Allgemeinbehandlung beschränken soll, sondern die locale Behandlung vor allen Dingen in's Auge fassen muss. Bei letzterer kommen im Allgemeinen folgende beiden Principien in Betracht:

1) Sofortige Beseitigung der in der Paukenhöhle angesammelten Secretionsproducte, ehe diese Zeit zur Ansammlung und Eindickung bekommen. Zu dem Zwecke bedient sich Verf. lauwarmer antiseptischer Lösungen, die mittelst Irrigators unter geringem Druck in das Ohr eingespült werden. — Ist es bereits, insbesondere bei älteren Fällen, zur Eindickung der Exsudatmassen gekommen, so muss man behufs ihrer Entfernung durch die vis a tergo nachhelfen, indem

Digitized by Google

man auch von der Tuba Eustachii aus die Paukenhöhle auswäscht oder nach dem Vorgange von Politzer die Luftdouche in Anwendung bringt.

2) Heilung der die Otorrhoe begünstigenden resp. ihrer ursächlichen Momente. Zu dem Behufe empfiehlt Verf. die locale Application von medicamentösen Flüssigkeiten oder Pulvern; weiterhin kommen die operativen Eingriffe hier in Betracht, mögen sie nun in Cauterisationen oder chirurgischen Eingriffen bestehen. — Das mittlere Ohr längere Zeit ohne ärztliche Aufsicht durch einen Wattepfropf verschliessen zu lassen, hält Verf. für keine glückliche Idee, da hierdurch Stagnation von Secret, Eindickung etc. desselben in unliebsamer Weise begünstigt wird. — Auch von Lufteinblasungen in die Paukenhöhle ist Verf. kein besonderer Freund, da durch dieselben Microorganismen in das Ohr hineingeblasen werden. Ist eine derartige Insufflation indicirt, z. B. zur Beseitigung des entstehenden, zuweilen aashaften Geruches, so räth Verf. lieber Insufflation von reinem Sauerstoff vorzunehmen.

Von diesen Principien ausgehend, gestaltet sich dem Verf. die Behandlung der acuten Otorrhoe etwa folgendermassen: Während des entzündlichen Stadiums Ausspülung von schwachen wässrigen Borsäure- oder Thymollösungen, deren Concentration stärker gewählt wird, wenn die acuten Entzündungserscheinungen nachlassen. Von den durch Bezold empfohlenen Insufflationen von gepulverter Borsäure hat Verf. keinen Vortheil gesehen; nützlicher erwiesen sich die zugleich mit der Politzerschen Luftdouche zu applicirenden Instillationen von adstringirenden Lösungen, von denen das Zinksulfat und das Plumbum subaceticum am wirksamsten sind. In hartnäckigen Fällen sah Verf. auch von Injectionen heissen Wassers ausgezeichnete Erfolge.

Handelt es sich um chronische Otorrhoe, so kommen bei den Irrigationen stärkere antiseptische Flüssigkeiten in Betracht, unter denen Verf. vorzugsweise Carbolsäure, Salicylsäure und Sublimat bevorzugt. Weniger empfehlenswerth sind concentrirte alcoholische Borsäurelösungen oder Insufflationen von Borsäurepulver; denn letztere sind gegen die tuberculösen Granulationen, sowie gegen die Caries des Felsenbeins fast ohnmächtig und haben nur den Zweck, die foetiden Gerüche in höchst vollkommener Weise zu beseitigen. Auch das Jodoform pflegt Verf. nur dann anzuwenden, wenn es sich um Bepulverung so eben ausgekratzter Stellen handelt. — Handelt es sich um eine geschwollene, aufgelockerte Paukenhöhlenschleimhaut, so wendet man nach Verf. am besten sofort Einträufelungen einer 10 — 12 procentigen Höllensteinlösung an, durch welche zuweilen fast momentan die Schwellung der Schleimhaut um ein Bedeutendes reducirt wird. — Auch Instillationen von absolutem Alcohol, der gleichzeitig als Antisepticum, Causticum und Adstringens wirkt, kommen besonders dann in Betracht, wenn es sich um polypöse Granulationen handelt. Weiterhin kommen dann noch Instillationen von Chromsäure und Eisenperchlorid in Betracht. Weniger empfehlenswerth sind bei der chronischen Otorrhoe die Adstringentien, indessen sind auch hier, wenn man sich ihrer bedienen will, Lösungen von Zinksulfat oder Plumbum subaceticum zu bevorzugen.

Behufs Verhütung eines Recidivs ist die Schleimhaut der Paukenhöhle vor Allem gegen zu schnellen Temperaturwechsel zu schützen, was sich am besten durch Tragen eines im äusseren Gehörgang befind-

Digitized by Google

lichen Wattetampons erreichen lässt. Aber auch vor Nasenrachencatarrh muss sich der Patient möglichst hüten, da derselbe sich erfahrungsgemäss gerade bei den Personen, die an Otitis media bereits gelitten haben, auf das Mittelohr fortzupflanzen die Neigung hat. L.

Ueber den blauen Eiter von Dr. Ledderhose. (Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, Bd. 28, Heft 3.)

Die in dem physiol.-chemischen Laboratorium des Prof. Hoppe-Seyler in Strassburg ausgeführten Untersuchungen, welche mit Rücksicht auf das Vorkommen von blauem Eiter auch bei Otorrhöen (Zaufal — Arch. für Ohrenheilk. Bd. VI, pag. 206; Gruber — diese Monatsschrift No. 6 u. 7, 1887) auch für den Ohrenarzt von Interesse sind, knüpfen zunächst an die Entdeckung von Ernst (Zeitschrift f. Hygiene II, 1887) an, derzufolge nicht ein Bacillus, wie bisher geglaubt, sondern zwei Varietäten desselben als Erreger des fraglichen Eiters anzusehen sind, von Ernst Bacillus pyocyaneus α und β genannt, welche, morphologisch völlig übereinstimmend, sich darin unterscheiden, dass β den blauen Farbstoff, α dagegen einen gelbgrünen, lebhaft fluorescirenden Farbstoff producirt; L. nennt deshalb den Bacillus β Bac. pyocyaneus, den Bacillus α dagegen Bac. fluorescens. Manche Schwierigkeit, welche sich bisher einer genügenden Erklärung entgegenstellte, ist durch diesen Befund behoben, z. B. dass beim Nachweise ein und desselben Bacillus bald blaue (Zaufal), bald grüne (Gruber) Eiterung sich zeigte. Ueber die näheren differenten biologischen Eigenschaften der beiden Varietäten sowie das klinische Verhalten derselben vergleiche das Original. — In Uebereinstimmung mit dem Resultate der ohrenärztlicherseits angestellten Versuche erwies sich auch dem Verfasser Bacillus α wie β pathogen, entzündungserregend. Keller.

Ueber Natur und Behandlung des Furunkels, besonders im äusseren Ohre von Dr. Löwenberg (Paris). (Deutsche med. Wochenschr. No. 28, 1888.)

Der Aufsatz bringt für den Specialisten nichts wesentlich Neues; die exclusiv parasitäre Natur des Furunkels wird betont mit dem Hinweise, dass auch die Behandlung eine antiparasitäre sein müsse: Ohrbäder von in absolutem Alcohol gesättigter Borsäurelösung. Zur Incision räth L., wie dies auch von anderen Autoren neuerdings geschieht, erst bei völlig entwickelter Eiterung; bis dahin znr Linderung des Schmerzes Ohrbäder von 10procentiger Cocainlösung in absolutem Alcohol.

Keller.

---

b) Rhinologische:

Ueber Nasenleiden und ihren Zusammenhang mit anderen Organleiden, sowie über Reflexneurosen. Habilitationsschrift von Herm. Suchannek. Zürich 1888. 32 Seiten. Besprochen von Dr. Ziem, Danzig.

Wenn bei Besprechung einer Schrift manchmal gesagt werden kann, dass sie mehr enthalte, als ihr Titel vermuthen lässt, so gilt im vorliegenden Falle das Umgekehrte, und wenn Ref. die hier angezeigte

Digitized by Google

Abhandlung mit einem besonderen Interesse darum in die Hand genommen hat, weil der Herr Verf. bis vor Kurzem hier in Danzig ansässig gewesen, so hat er sich in seinen Erwartungen umsomehr enttäuscht gesehen. Zwar ist das Bestreben des Herrn Verfassers, die Lehre von den Nasenkrankheiten dadurch auf eine festere Grundlage zu stellen, dass er der Besprechung der physiologischen Functionen der Nasenhöhle einen breiteren Raum einräumt, als dies in den landläufigen Hand- und Lehrbüchern der Nasenkrankheiten der Fall ist, durchaus anzuerkennen, denn eine bessere Kenntniss der hier in Betracht kommenden anatomischen und physiologischen Verhältnisse hätte manche Autoren vor den Irrwegen bewahrt, auf welche die sogen. Reflextheorie sie geführt hat: — aber doch hätte schon dieser Abschnitt im Ganzen wie im Einzelnen gründlicher durchgearbeitet werden können und müssen. Denn es ist eigentlich nur der Mechanismus der Nasenathmung einerseits, der Mundathmung andererseits, der besonders auf Grund einer im letzten Jahre veröffentlichten bedeutungsvollen Experimentaluntersuchung Sandmann's hier eine genauere Erörterung erfährt, während die von verschiedenen Autoren angestellten Untersuchungen über den Wärme- und Wassergehalt der Athmungsluft bei Mundathmung oder bei Nasenathmung, die Functionen der Nase als Riechorgan und Anderes nur eine ganz flüchtige Erwähnung gefunden haben. Auch die classischen Experimente von Schwalbe, von Key und Retzius und Anderen über den Zusammenhang der Subdural- und Subarachnoidealräume des Gehirns mit den Lymphbahnen der Nasenschleimhaut, die hier nur mit ein paar dürftigen Worten gestreift sind, hätten eine genauere Besprechung schon deshalb erfordert, weil mit Hilfe derselben viele Beziehungen zwischen Nasen- und Nervenkrankheiten auf's Einfachste zu erklären sind (vergl. hierüber diese Monatsschrift 1886 No. 8 und 9, S. 255 und 289). Was soll man nun aber dazu sagen, wenn es auf S. 9 heisst, dass der allgemeinen Anschauung nach die Hauptgefahr bei den Schnupfenanfällen neugeborener Kinder in der Beeinträchtigung der Ernährung bestehe, und wenn wir jetzt erst durch den Herrn Verf. darüber belehrt werden, dass auf Grund der Untersuchungen von Metzger und Donders eine wesentliche Gefahr des Schnupfens in der Schwierigkeit oder Unmöglichkeit einer dauernden Mundathmung begründet ist? Sind denn die berühmten und für immer mustergiltigen, im Jahre 1863 erschienenen Untersuchungen Kussmaul's über den Schnupfen der Neugeborenen dem Herrn Verf. thatsächlich unbekannt? Ist ihm auch die ausführliche, im Jahre 1879 in dieser Monatsschrift erschienene Arbeit des Ref., in welcher der Mechanismus des Mundathmens im Gegensatze zu dem bei Nasenathmung auf's Eingehendste besprochen wird, entgangen? Hat ferner Sandmann wirklich als der Erste nachgewiesen, dass Thiere nach künstlicher Verstopfung beider Nasenhälften ersticken, wenn Ref. diesbezügliche und bei dem rascheren Eintritte des Todes viel reinere und beweiskräftigere Versuche schon im Jahre 1885 mitgetheilt hat? Auch Voltolini's wichtige, am Menschen angestellte und im Jahre 1879 veröffentlichte Manometer-Versuche über In- und Exspirationsdruck bei Nasenathmung im Gegensatze zu dem bei Mundathmung scheinen dem Herrn Verf. einer Erwähnung nicht werth gewesen zu sein, eben so wenig die Schlussfolgerungen, die besonders der Ref. in einer Reihe von Arbeiten an diese

Digitized by Google

Versuche angeschlossen hat. — Wenn dann ferner Hack als Derjenige gefeiert wird, auf dessen Arbeiten die Fortschritte in der Behandlung des Asthma, sofern es von Nasenkrankheiten ausgeht, zurückzuführen sind (S. 19), so braucht man die Verdienste Hack's durchaus nicht zu unterschätzen, um eine derartige Darstellung geradezu als eine Verdrehung und Verketzerung des Sachverhaltes zu bezeichnen. Freilich fügt Herr S. später hinzu (S. 22), dass „ausser Hack" auch Voltolini, B. Fränkel und eine Reihe anderer Autoren den Zusammenhang zwischen Asthma und Nasenleiden beobachtet hätten: kann aber hieraus entnommen werden, dass (abgesehen von den jüngst durch J. Mackenzie aus fernliegender Vergangenheit heraufbeschworenen Geistern) in chronologischer Reihenfolge Voltolini 1871, Th. Weber 1872, Haenisch 1874, B. Fränkel 1876 und sodann verschiedene andere Autoren es gewesen sind, die unsere Kenntnisse auf diesem Gebiete begründet haben, und dass dann mit und in Folge des Auftretens von Hack 1882 der Kreis der Practiker, der sich für diese Dinge interessirt hat, ein grösserer geworden ist: von wem in aller Welt kann das aus der von Herrn S. beliebten Darstellung entnommen werden? Weiter soll dann Sommerbrodt Derjenige sein, der unter der Aetiologie der Nasenverschwellung das mechanische Moment der horizontalen Lage zuerst, d. h. im Jahre 1884 hervorgehoben hat, und doch ist dieser Umstand schon in älteren Auflagen Hyrtl's (z. B. in der 12. vom Jahre 1873), ja, sofern ich mich nicht täusche, schon von Kohlrausch selbst im Jahre 1853 erwähnt worden und Ref. seinerseits hat auch dieses Verhältniss bei der von ihm im Jahre 1879 aufgestellten Asthmatheorie eingehend besprochen und zu verwerthen gesucht. — Wenn Herr S. ferner angiebt (S. 27), dass die meisten Rhinologen der von Hack „angegebenen" (richtiger: bekannter gemachten — Ref.) Therapie folgen, so hätte hier doch gewiss eine Erwähnung verdient, dass nicht nur die Theorie Hack's (S. 22), sondern — und vornehmlich — auch seine Behandlungsmethode von verschiedenen Autoren mit allem Nachdrucke verworfen und der wahre Fortschritt der Therapie in der Berücksichtigung der Aetiologie gesucht wird, da es bei Anschwellungen der Nasenschleimhaut viel seltener um primäre Leiden als um Folgezustände von Eiterungen der Nasenhöhle oder ihrer Nebenhöhlen, von Zahnkrankheiten, von Alveolarperiostitis und dergl. sich handelt. — Es folgt dann eine kurze Uebersicht über die Bedeutung der Nasenkrankheiten für das Hörorgan, aus welcher wir unter Anderem erfahren, dass Barth in Berlin es gewesen sei, der zuerst das Auftreten eines acuten Mittelohrcatarrhs nach Cauterisation der Nasenschleimhaut beobachtet habe, während bekanntlich doch schon vor Barth ähnliche Vorkommnisse mehrfach beobachtet worden sind (cf. z. B. d. Monatsschr. 1885, No. 12, S. 377). Nach der Meinung des Herrn Verf.'s sollen derartige Complicationen übrigens dadurch vermieden werden können, dass man „nach vorheriger, vorsichtiger Nasendouche und post operationem vollführter Jodoform-Gaze-Tamponade dafür sorgt, dass die betreffende Nasenhälfte nicht gänzlich tamponirt werde", oder bei Nichtanwendbarkeit der Tamponade dadurch, dass man ein cocainhaltiges Schnupfpulver gebrauchen lässt, mittelst dessen der reactiven Anschwellung der Nasenschleimhaut vorgebeugt werden soll: wichtiger und wirksamer als der-

Digitized by Google

artige, durchaus nicht harmlose Kunststückchen wird gewiss die Einsicht sein, dass bei einer mit Eiterung verbundenen Anschwellung der Nasenschleimhaut (wie zweifelsohne im vorliegenden Falle) der Galvanocauter überhaupt nicht in Anwendung kommen darf. Für erwähnenswerth hält Herr S. es auch, dass von Barth auch der umgekehrte Fall beobachtet worden sei, d. h. dass langjährige und hartnäckige Ohreiterungen durch Beseitigung einer bis dahin unbeachtet gebliebenen Nasenstenose geheilt worden sind: was werden zu einem derartigen Prioritätsanspruch Politzer, Schwartze, Gruber u. a. A. der neueren Zeit sagen? — Den Schluss der Arbeit bilden einige Bemerkungen über Beziehungen zwischen Nasen- und Augenkrankheiten, und bei dieser Gelegenheit wird dem Ref., der in der ganzen vorhergehenden Darstellung gerade einmal und zwar aus Anlass einer Notiz über — Rosenschnupfen genannt worden war, hierbei wird dem Ref. die Auszeichnung zu Theil, sogar 2 Mal citirt zu werden. Letzteres freilich in eigenthümlicher Weise. Wenn es da nämlich heisst: „bei Kindern mit scrophulösen Augenleiden haben Ziem und Rothholz, nachdem schon Heldt und Nieden auf den Zusammenhang zwischen Nasen- und Augenleiden hingewiesen hatten, fast ausnahmslos chronischen Schnupfen gefunden . . .", so wäre es ja möglich, dass der Inhalt jener von Heldt im Jahre 1877 in der Petersb. med. Wochenschr. publicirten Abhandlung ein reicherer ist, als das nach dem nur wenige Zeilen umfassenden Referate im Centralbl. für Augenheilk. 1876, S. 246, zu vermuthen ist; es wäre gewiss möglich, dass auch der Ref. jenes Centralblattes einmal von Schlummersucht oder Schwarzgalligkeit befallen gewesen ist, wie ja so manche Referenten und Verfasser rhinologischer Abhandlungen gelegentlich auch noch heut zu Tage von Schlummersucht oder Schwarzgalligkeit befallen werden. Was Heldt thatsächlich geleistet hat, bleibe also dahingestellt. Was jedoch die angebliche Priorität Nieden's betrifft, so hat Herr S. vollständig übersehen: 1) dass meine bezüglichen Arbeiten vor jener Arbeit Nieden's erschienen sind, 2) dass Herr N. mehrere meiner eigenen Arbeiten selbst citirt hat. Zur weiteren Belehrung des Herrn S. sei hier noch hinzugefügt, dass Herr Nieden meine in Zehender's Monatsblätt. f. Augenheilkunde angezeigten Publicationen auf sein desfallsiges Ersuchen vor Publication seiner eigenen Arbeit von mir erhalten und überhaupt recht wenig vorgebracht hat, was nicht schon in meinen eigenen Arbeiten enthalten gewesen wäre. Der bei Besprechung dieses Gegenstandes von Herrn S. vorgetragene Satz: „Freilich dürfte es schwer sein, den Nachweis zu führen, dass die Rhinitis und das Augenleiden zusammenhängen, aber auch der Gegenbeweis, dass dies nicht der Fall ist, dürfte schwer zu liefern sein, und wenn man sieht, wie länger dauernde oder hartnäckig recidivirende Augenleiden rasch heilen, wenn man das Nasenleiden beseitigt oder auch nur zweckmässig behandelt, so wird man sich einer solchen demonstratio ad oculos kaum verschliessen können" —, dieser Satz wird gewiss für Viele ebenso unverständlich sein, als er für mich selbst geblieben ist. Soll der, übrigens von Herrn S. wie es scheint auch in eigener Praxis bestätigte Erfolg bei bezüglichen Augenleiden ein Beweismittel in der vorliegenden Frage nicht sein, so giebt es überhaupt kein Beweismittel mehr in medicinischen Dingen und wir könnten

Digitized by Google

uns dann ja nur ganz und gar der Sophisterei ergeben. — Auch das von mir festgestellte Auftreten einer Iritis im Gefolge von Nasenleiden scheint der Herr Verf. noch anzweifeln zu müssen.

Ueber Vieles, was in einer zusammenfassenden Abhandlung über Nasenleiden zu finden man heute zu Tage erwarten darf, erfährt man aus der vorliegenden Schrift so gut wie nichts, und besonders ist auch das practisch so wichtige Gebiet der Naseneiterungen nur ganz gelegentlich und mit wenigen dürren Worten berührt. Es ist nicht die Rhinologie des Jahres 1888, die uns hier vorgeführt wird. Wenn ich trotzdem auf die Besprechung dieser Abhandlung so viel Zeit und Mühe verwendet habe, so ist meine Absicht hierbei die gewesen, den schon seit längerer Zeit für mich feststehenden Satz: dass auf keinem anderen Gebiete der Medicin eine so erstaunlich grosse Unkenntniss der Literatur und des von Anderen Geleisteten zu finden ist und dass nirgend sonst wo eine derartige, geradezu planmässige Verketzerung der geschichtlichen Thatsachen, ja eine derartige Freibeuterei sich breit macht, als auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten, diesen Satz endlich einmal öffentlich auszusprechen und an einem besonders auffälligen Beispiele im Einzelnen zu erhärten. Vornehmlich ein klinischer Lehrer wird es nicht ablehnen dürfen, der rhinologischen Literatur, möge sie in kurzer Zeit noch so sehr angewachsen sein, in ihrem ganzen Umfange zu folgen. Aber nicht nur eine ausgedehnte Lehrthätigkeit ist dem Verf. der vorliegenden Schrift zu wünschen, damit er lehrend selbst noch tüchtig hinzulerne, sondern es ist ihm auch die Erkenntniss zu wünschen, dass die Besten unserer Universitätslehrer die Leistungen Anderer um so rückhaltloser anzuerkennen pflegen, je mehr Glanz von ihnen selbst ausgeht, und dass nur Irrlichter der Dämmerung oder der Dunkelheit bedürfen, damit ihr eigener, fahler Schimmer zur Geltung komme.

Ueber laryngeale und tracheale Complicationen der Ozaena. (Des complications laryngées et trachéales de l'ozène.) Von Dr. Luc und Dr. Baratoux. (Pratique médicale No. 13, 1888.)

Dr. Luc theilte in der Société de médecine pratique, December 1887, einen Fall von Ozaena trachealis mit. Letztere ist überhaupt nicht so selten, als man annimmt; sie kommt gewöhnlich mit Ozaena nasalis (Rhinitis atrophicans) vor und entsteht durch letztere; dabei besteht natürlich die sogenannte Laryngitis sicca, welche besonders Morgens beim Aufstehen am besten beobachtet wird. Eucalyptol giebt die besten Resultate bei der Behandlung dieser Ozaena, natürlich innerlich; dabei balsamische Inhalationen, Borwasser, Bepinselungen mit Borsäurelösung.

Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber die Reflexerscheinungen, welche nach Uterus- und Ovarienoperationen entstehen, sowie über den Pharynxreflex oder den Speichelfluss. (Sur les accidents reflexes post-opératoires consécutifs aux opérations utéro-ovariennes et sur le reflexe guttu

Digitized by Google

ral ou crachotement.) Von Dr. Just-Championnière. (Communication faite à la société obstétricale de Paris. Annales de la société médico-chirurgicale de Liége No. 7, 1888.)

Viele nach solchen Operationen auftretende Erscheinnugen werden mit Unrecht auf Rechnung der Septicämie getragen. So ist eine Ovariotomie weniger gefährlich, wenn das Ovarialgewebe gänzlich durch den Tumor zerstört ist; dementsprechend sind die Castrationen bei hysterischen, also mit gut erhaltenen Ovarien versehenen Frauen viel gefährlicher. Von den Uterusoperationen sind diejenigen am gefährlichsten, wo die Gebärmutter mit allen peripherischen Nervenplexus entfernt wird; so sind die wegen Uterusfibrom ausgeführten Hysterotomien sehr gefährlich. Diese Reflexerscheinungen unterscheiden sich von Pertonitis, Septicämie, den Chloroformintoxicationen durch folgende, leicht zu entdeckende Merkmale: Aufregung; Schlaflosigkeit; Fehlen der Schmerzen; fast normale Temperatur; schlechtes Aussehen der Patientin; nicht zu stillendes, wässeriges, galliges, selbst blutiges Erbrechen; kein Verhältniss zwischen Temperatur und Zahl der Pulsschläge sowie der Respirationen; kleiner, leicht zu unterdrückender, schneller, leicht durch psychische Einflüsse modificirbarer Puls; ängstliches, dyspnoeartiges Athmen. Das Phänomen kann leicht vorübergehen, aber auch tödtlich enden. Bei diesen letzteren schweren Formen ist ein Symptom von grossem Interesse: es ist das Pharynxphänomen, characterisirt durch das beständige Bedürfniss, einen grossen Schleimklumpen auszuwerfen, ohne dazu zu gelangen; kaum hat Patientin ein Weniges ausgeworfen, so entsteht das Bedürfniss von Neuem; es ist der Patientin unausstehlich und geht dem Erbrechen gewöhnlich voraus. Uebrigens bemerkt man es auch manchmal im Beginn einer Schwangerschaft. Verf. behauptet, es bestände nie bei den anderen Laparatomien, sondern nur bei denjenigen, welche wegen Erkrankung der Geschlechtsorgane ausgeführt werden.

Verf. räth Morphium, Chloral, Bromkalium an. Dr. P. K.

Zungenhypochondrie. (Préoccupations hypochondriaques localisées sur la langue.) Von Prof. Dr. Pitres. (Tribune médicale, October 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1888.)

Nach Verneuil sind die eingebildeten Zungenläsionen ziemlich häufig; solche Hypochondrie ist als delirirende Hypochondrie zu bezeichnen. Verf. erzählt den Fall einer 52jährigen Dame, welche über ein sie sehr peinigendes Zungenübel klagte; die Zunge sei dick, schwarz, hart, angeschwollen, zerklüftet, mit stinkenden Borken besetzt. Die genaueste Untersuchung gab immer negative Resultate; Tags darauf erhielt Verf. einen 25 Seiten langen Brief von der Patientin, worin das Uebel von Neuem beschrieben war; es war nun kein Zweifel mehr, dass man es mit einer wahren Hypochondria delir. zu thun hatte. Dr. P. K.

Eingebildete Geschwüre an der Zunge. (Ulcérations imaginaires de la langue.) Von Dr. Poyet. (Journ. des Connaissances med., October 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1888.)

Man kann diese nicht sehr seltenen Krankheitsfälle in 4 Classen theilen: 1) Zungenneuralgien; 2) in solche Patienten, welche nach langem

Digitized by Google

Suchen einige hypertrophische Papillen entdecken und letztere so lange drücken und quälen, bis sie schmerzhaft werden; 3) in Patienten, welche mit nosomaniakalischer Hypochondrie behaftet sind; 4) in solche, die mit Leucoplasia lingualis behaftet sind, ohne Geschwüre zu haben. Vor Allem muss die Behandlung eine moralische sein. Für die ersteren passen Emollientia, Cocain, Aconit, parenchymatöse Einspritzungen von Morphium oder Antipyrin. Für die zweiten kein energisches Mittel, höchstens etwas Jod, um zu befriedigen. Für die dritten punctförmige Cauterisation, welche auf das Gehirn wirkt. Für die vierten Emollientia, Antiarthritica.

Dr. P. K.

Ueber epitheliale Desquamation der Zunge im Kindesalter. (De la desquamation épithéliale de la langue chez les enfants.) Von Dr. Louis Guinon. (Journal des connaissances med. No. 8 u. 15, December 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1888.)

Parrot sieht selbe als Ausdruck der hereditären Syphilis an. Histologische Untersuchungen bewiesen dem Verf., dass das Leiden ganz einfach epithelialer Natur ist; dass es nach dem Alter von 6 Jahren immer vergeht; dass Erblichkeit und Constitution von keinem Einfluss sind; dass höchstens der Zahnungsprocess als Ursache angesehen werden kann. Syphilis scheint gar keinen Einfluss darauf zu haben, antisyphilitische Behandlung nützt übrigens nicht; die Nerventheorie (Unna), sowie die parasitäre Theorie (Gubler) sind auch nicht stichhaltig. Verf. nimmt 3 Arten des Leidens an, je nachdem die Grenze der Desquamation scharf gezeichnet ist, oder allmählig in's gesunde Epithel übergeht, oder überhaupt keine Grenze, sondern blos in einer allgemeinen Verdünnung der ganzen Epithelialschicht über den ganzen Zungenrücken besteht. Die Prognose ist günstig. Die Heilung tritt mit zunehmendem Alter von selbst ein.

Dr. P. K.

Bemerkungen über die Pathologie der Speicheldrüsen. (Observations sur la pathologie des glandes salivaires.) Von Dr. A. Broca.

I. Fistel des Stenon'schen Ganges in Folge eines scrophulösen Geschwüres des Gesichtes. (Fistule du canal de Sténon [ou de la parotide accessoire] consécutive à une ulcération scrofuleuse de la face.)

Da die genannten Fisteln selten sind, so verdienen die beobachteten Beispiele eine Erwähnung; ein 22jähriger Erdarbeiter war scrophulös, zeigte die scrophulösen Symptome besonders vom 12.—15. Jahre, wurde dann syphilitisch; die scrophulösen Drüsenabscesse brachen von Neuem aus; es bildete sich ein Drüsenabscess rechts oberhalb des Zungenbeines aus; vor 2 Monaten bildete sich ein praesternaler Abscess, welcher sich von selbst öffnete und ein Geschwür zurückliess. Jetzt ist der Hals von Narben und Fisteln bedeckt; namentlich besteht in der Massetergegend eine Fistel, durch welche eine eingeführte Sonde nicht auf den Knochen stösst; Patient bemerkt, dass beim Essen jedesmal Flüssigkeit aus obengenannter Fistel herauslaufe.

Digitized by Google

II. Concremente des Warthon'schen Ganges. (Calculs du canal de Warthon.)

Meistentheils kommen die Entzündungen der Regio suprahyoidea von Lymphdrüsen her; selten kommt die Glandula submaxillaris in's Spiel, und in letzterem Falle handelt es sich gewöhnlich um Steine des Warthon-schen Canals oder der Drüse selbst. Der Beginn der Krankheit ist dunkel; selbst die Sonde kann an dem Stein vorbeigehen, so dass die Aetiologie Anfangs dunkel ist; das Ausstossen des Steines erklärt oft erst die periodisch wiederkehrenden Speichel-Coliken. Verf. giebt eine hierher passende Krankengeschichte eines 43jähr. Maurers, bei welchem der sonst sehr gewandte Chirurg keinen Stein finden konnte; trotzdem wurde letzterer nach einer heftigen Crise ausgeworfen. Bei einem zweiten Kranken wurde der Stein zufällig durch den im Mund behufs Eiter-entleerung gemachten Schnitt entfernt. Dr. P. K.

Aphtöse Stomatitis, durch Höllensteingebrauch unterhalten. Acute Parotisgeschwulst. (Stomatite aphteuse entretenue par des cautérisations au nitrate d'argent. Grenouillette parotidienne aigue.) Von Dr. J. Eraud. (La Province médicale, October 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1888.)

Seit 3 Jahren bestehende, fortwährend durch zu energischen Höllen-steingebrauch unterhaltene aphtöse Stomatitis; es bestand unter Anderem an der inneren Wangenfläche ein Geschwür, in dessen Mittelpunkt man den Ausgang des Stenon'schen Ganges bemerkte. Plötzlich trat während dem Essen eine schmerzlose, runde, weiche, wenig bewegliche, fluctuirende, pomeranzengrosse, mit unversehrter Haut bedeckte Geschwulst auf. Bei Druck entleerte sich etwas Speichel aus dem Stenon'schen Gang; kein Speichelstein; zwei Stunden nach der Mahlzeit war die Geschwulst wieder gänzlich verschwunden. Verf. nimmt eine acute Parotisgeschwulst, durch spasmodische Contraction des Stenon'schen Ganges hervorgerufen, an; der Spasmus wäre unter dem Einfluss des Kauens und dem Reiz der Speisen entstanden. Dr. P. K.

Chronischer Abscess, sich in einem Mandelstumpf entwickelnd. (Abcès chronique développé dans un moignon d'amygdale.) Von Dr. Noquet. (Société française d'otologie et de laryngologie, séance du 30. Avril 1888.)

Chronische Abscesse sind selten. Eine 20jährige Dame zeigte seit 6 Monaten auf einem linken Mandelstumpfe einen solchen, mit einem sehr kleinen Ausführungsgang versehenen chronischen Abscess. Galvanocauter, Inhalationen von Borsäure, Cocain brachten Heilung. Verf. benutzt dieses Beispiel als Beleg für die Unzulänglichkeit der Amygdalotomie und als Beweis für den Nutzen der Ignipunktur. Dr. P. K.

Ein Fall von Oesophagotomie wegen einer eingeklemmten künstlichen Zahnplatte, Heilung, Bemerkungen. (A case of oesophagotomy for an impaeted artificial plate, recovery, remarks.) Von H. H. Clutton, London. (Lancet, 7. Juli 1888.)

Nach dem Chloroformiren war der Fremdkörper anfangs gar nicht zu fühlen, da die Zange immer an ihm vorbeiglitt. Die Entfernung

Digitized by Google

desselben aus der Operationswunde war sehr erschwert wegen der Haken. Prima intentio der Speiseröhrenwunde fand nicht statt, die Heilung dauerte 14 Tage. 18 Tage wurde Patientin nur vom Mastdarm aus ernährt. Wegen Durstes bekam sie auch viel laues Wasser als Clystier.

Dr. M. Schm.

Ein Fall von acuter Zungenentzündung. (A case of acute glossitis.) Von Damer Harrisson, Liverpool. (Lancet, 7. Juli 1888.)

Vierzehnjähriger Junge, dessen acute starke Glossitis sehr vernünftigerweise mit tiefen Einschnitten in die Zunge behandelt wurde. Die Heilung war eine rasche. Dr. M. Schm.

Cyste der Unterzungenbeingegend, Verdrängen des Kehlkopfes, Stimm- und Athmungsstörungen. (Kyste de la région sous hyoidienne, déviation du larynx, troubles de la voix et de la respiration.) Von DDr. Gouguenheim und Périer. (Annales des maladies du larynx No. 4, 1888.)

48jährige Frau, nicht hereditär belastet, nie syphilitisch, ist seit 17 Jahren von einem stetig wachsenden, indolenten, besonders während einem Wochenbette und einer Pleuritis sich rascher entwickelnden Tumor an der rechten Halsseite behaftet. Stimmlosigkeit und Athembeschwerden. Larynx nach links verschoben; mit dem Laryngoscop ist der Kehlkopf nicht zu entdecken; man sieht an seiner Stelle einen grossen Tumor, welcher den Larynxeingang vollständig verdeckt. Tracheotomie, Einführen der Trendelenburg'schen Tamponcanüle, Punction der Cyste, weil das Ausschälen nicht gelingt wegen der tiefen Adhärenzen, Einführen eines in 10procentige Chlorzinklösung getauchten Drains, Compressivverband; Heilung. Dr. P. K.

Das adenoide Gewebe der Zungenbasis als Ursache der Halsübel betrachtet. (Le tissu adénoide de la base de la langue considéré comme cause des affections de la gorge.) Von Dr. P. M. Bride. (Edinburgh med. Journal, September 1887 und Annales des maladies du larynx No. 4, 1888.)

Bekanntlich ist die Zungenbasis mit adenoidem Gewebe bedeckt, welches sich einerseits mit den Mandeln, andererseits mit der Epiglottis fortsetzt; dieses Gewebe stellt man dem adenoiden Gewebe des Rachens gleich und wird es mit Recht Zungentonsille genannt. Curtes hat zuerst eine Aphonie beschrieben, welche mit der Operation des hypertrophischen Gewebes der Zungenbasis heilte (New-York med. Record, 8. Novbr. 1884); Heymann (Berl. klin. Wochenschrift 1884) berichtet über durch adenoides Gewebe der Zungenbasis bedingte Dyspnoe und hat nebst dem Störk'schen Fall ein Dutzend andere ähnliche Fälle gesammelt. Betz berichtet über einen Kranken, welcher über das Gefühl von Fremdkörper im Halse klagte; die Epiglottis war in adenoides Gewebe der Zungenbasis eingebettet, mit dessen Zerstörung der Kranke geheilt war. Michael (Hamburg) berichtet über 2 ähnliche Fälle. Swain hat eine vollständige Arbeit über 190 ähnliche Fälle geliefert. Das Leiden tritt meistens im späteren Alter auf, wird besser bei Männern, als bei

Digitized by Google

Frauen vertragen. Man nimmt Hypertrophie an, sobald die Epiglottis die Zungenbasis berührt; sie ist selten gleichmässig ausgebildet, meist ist sie mehr einseitig. Das gewöhnlichste subjective Symptom ist das eines Fremdkörpers im Halse. Swain erwähnt noch Ohrenschmerzen; das Gefühl eines Fremdkörpers ist nicht mit dem Globus hystericus zu verwechseln. Die Behandlung muss localer und allgemeiner Natur sein; so wurde z. B. eine mit obigem Leiden behaftete Frau nur nach Eisenbehandlung geheilt. Dr. P. K.

Hypertrophie der Drüsen der Zungenbasis und deren Symptome. (Accidents produits par l'hypertrophie des glandes de la base de la langue.) Von Dr. Swain. (New-York med. Journal, Febr. 1887 und Annales des maladies du larynx No. 4, 1888.)

Anatomisch ist das Leiden durch Hypertrophie der geschlossenen Follikel der Zungenbasis characterisirt; sie können dermassen entwickelt sein, dass die Epiglottis verborgen ist.

Die Patienten klagen über das Gefühl von Fremdkörper im Halse und über das Bedürfniss, fortwährend zu schlucken; manchmal bestehen ausstrahlende Schmerzen; Sänger und Redner, welche mit dem Leiden behaftet sind, klagen über leicht eintretende Ermüdung und über die Schwierigkeit, helle Töne hervor zu bringen. Die Behandlung besteht in Bepinselung mittelst Lugol'scher Lösung (?). Dr. P. K.

---

7 Fälle von Mundtuberculose. (Sept observations de tuberculisation buccale.) Von Dr. Bryson Delavan. (New-York med. Journ., Mai 1887 und Annales des maladies du larynx No. 4, 1888.)

Der erste der 7 Fälle ist besonders interessant, da sonst am ganzen Körper keine Tuberkel nachgewiesen werden konnten; da die innere Behandlung erfolglos blieb, amputirte man die Zunge; die Heilung war vollständig; das Micröscop wies Tuberkel nach. Dr. P. K.

Angina als Beginn des Typhus. (De l'angine pultacée initiale dans la fièvre typhoide.) Von Dr. Cadet de Gassicourt. (Journ. de méd., Februar 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1888.)

Drei Fälle wurden wegen der Halserscheinungen als herpetische Angina, als Scarlatina und als Diphtheritis diagnosticirt und waren Typhus. Dr. P. K.

Ueber eine Methode der Behandlung der Angina diphtheritica durch Entfernung der Pseudomembranen und durch Aetzung der unterliegenden Schleimhaut mittelst eines Antisepticum. (Sur une méthode de traitement de l'angine diphthérique par l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sousjacente.) Von Dr. E. Gaucher. (Archives de laryngol., December 1887, No. 2.)

Es ist Anfangs eine locale Affection, welche von einer Allgemeininfection gefolgt ist, in anderen Worten: Die diphtheritische Angina ist nicht der Ausdruck einer Allgemein-Infection, sondern sie ist der Aus-

Digitized by Google

gangspunkt derselben. Man soll also von vornherein die diphtheritische Membran im Pharynx zerstören; man öffnet nicht auf diese Weise der Krankheit den Weg in's Blut, wie vielfach behauptet wird; nur muss man tief ätzen und ein antiseptisches Causticum anwenden, welches das diphtheritische Gift zerstört und zugleich die Schleimhaut ätzt; zu diesem Zweck ist die concentrirte Carbolsäure das beste Medicament. Verf. nimmt am liebsten den sogenannten Carbolcampher, d. h. eine Lösung von Campher und Acid. carbol. in Spiritus mit Zusatz von Ol. amygdalarum dulce; man soll nicht nur chemisch, sondern sogar mechanisch auf die Pseudomembran einwirken, d. h. fest reiben. Man wirkt also mechanisch, chemisch, caustisch und antiseptisch. Der nachfolgende Schmerz darf uns nicht von der Operation abhalten; der Carbolurin ist nicht von Bedeutung. Bei Kindern ist die Methode etwas schwierig, man tappt etwas im Dunklen herum.

Ist die Allgemein-Infection einmal vorhanden, so soll man noch local auf die obengenannte Weise behandeln; es wird so der Eingang der Microben in den Organismus verhindert, während durch die gewöhnlich dabei bestehende Albuminurie das im Blute angehäufte Gift ausgeschieden wird. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Chorea laryngea. (Contribution à l'étude de la chorée du larynx.) Von Dr. Fasano. (Bolletino delle malattie dell' Orecchio, Januar 1888 und Annales des maladies du larynx No. 4, 1888.)

Die Chorea ist eine Motilitätsneurose, sie ist centraler Natur (Schrötter und Rosenfeld); das beste Heilmittel ist die von Schrötter empfohlene Electricität. Dr. P. K.

La maladie de l'empereur Frédéric III,

rapports officiels des médecins allemands traduits par le Dr. Luc de Paris.

Vorwort.

Da das Lesen des officiellen Berichtes, von dem wir hier eine französische Uebersetzung vorlegen, unsere Ansicht über die Krankheit Kaiser Friedrich's und über die von den verschiedenen zu ihm berufenen Aerzten bei diesem Umstande gespielte Rolle bedeutend geändert hat, so hoffen wir der Wahrheit zu dienen und die Meinung mehrerer Franzosen zu enttäuschen, indem wir unseren Landsleuten die so treffenden und bündigen, in diesem Berichte enthaltenen Thatsachen zur Kenntniss bringen. Wie am Schlusse des Documentes steht: „Einer Epicrise bedarf es nicht!“ Unsere Absicht ist es also keineswegs, unsere eigenen Eindrücke hier zu enthüllen. Wir wollen aber einfach den Leser darauf aufmerksam machen, er solle keinen einzigen Augenblick beim Lesen dieses Buches aus dem Auge lassen, dass Sir Morell Mackenzie nicht den deutschen Aerzten als consultirender Arzt aufgedrungen, sondern einstimmig von denselben zu dem hohen Kranken zu Rathe gezogen worden ist. Dies nun einmal festgestellt, wird der Leser selbst beurtheilen, inwiefern Sir Morell Mackenzie das Vertrauen seiner deutschen Collegen gerechtfertigt hat.

Digitized by Google

III. Inserate.

Soeben ist erschienen:

ZUR ANATOMIE UND ENTWICKLUNG DES INNEREN OHRES.

Von

PROF. DR. RÜDINGER.

Mit drei colorirten Doppeltafeln und einer Figur in Zinkographie.

Berlin 1888.

Verlag der Expedition der Allgemein. med. Centralzeitung.

Preis 2 Mark.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

ÄRZTEN

machen wir hierdurch bekannt, dass unser neuer grosser Katalog 80 Seiten stark mit über 300 Abbild. erschienen.

REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.

Universitäts-Mechaniker.

Galvanocaustische und Electrolytische

Apparate und Instrumente

nach Angaben des Herrn **Professor Voltolini** empfiehlt

Ernst Pischel's Nachfolger Hermann Brade

Breslau, Hummerei No. 31.

Inhalt.

1. Originalien: Loewe: Ueber eine neue Verbandmethode für's Ohr. — Broich: Zur Zink-Platina-Tauchbatterie. — Schutter: Beitrag zur Casuistik des Stirnhöhlenempyems. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Chauvel: Ueber die nach Ohreiterungen sich einstellenden intracraniellen Abscesse und ihre Behandlung. — Colladon: Die Behandlung der Otorrhoe. — Ledderhose: Ueber den blauen Eiter. — Löwenberg: Ueber Natur und Behandlnng des Furunkels, besonders im äusseren Ohre. — b) Rhinologische: Suchannek: Ueber Nasenleiden und ihren Zusammenhang mit anderen Organleiden, sowie über Reflexneurosen. — Luc und Baratoux: Ueber laryngeale und tracheale Complicationen der Ozaena. — c) Pharyngo-laryngologische: Just-Championnière: Ueber die Reflexerscheinungen, welche nach Uterus- und Ovarienoperationen entstehen, sowie über den Pharynxreflex oder den Speichelfluss. — Pitres: Zungenhypochondrie. — Poyet: Eingebildete Geschwüre an der Zunge. — Guinon: Ueber epitheliale Desquamation der Zunge im Kindesalter. — Broca: Bemerkungen über die Pathologie der Speicheldrüsen. — Eraud: Aphtöse Stomatitis, durch Höllensteingebrauch unterhalten. Acute Parotisgeschwulst. — Noquet: Chronischer Abscess, sich in einem Mandelstumpf entwickelnd. — Clutton: Ein Fall von Oesophagotomie wegen einer eingeklemmten künstlichen Zahnplatte, Heilung, Bemerkungen. — Harrisson: Ein Fall von acuter Zungenentzündung. — Gouguenheim und Périer: Cyste der Unterzungenbeingegend, Verdrängen des Kehlkopfes, Stimm- und Athmungsstörungen. — Bride: Das adenoide Gewebe der Zungenbasis als Ursache der Halsübel betrachtet. — Swain: Hypertrophie der Drüsen der Zungenbasis und deren Symptome. — Delavan: 7 Fälle von Mundtuberculose. — Gassicourt: Angina als Beginn des Typhus. — Gaucher: Ueber eine Methode der Behandlung der Angina diphtheritica durch Entfernung der Pseudomembranen und durch Aetzung der unterliegenden Schleimhaut mittelst eines Antisepticum. — Fasano: Beitrag zur Lehre der Chorea laryngea. — Luc: La maladie de l'empereur Frédéric III. — III. Inserate.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig) Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXII. **Berlin, November 1888.** **No. 11.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Ueber eine neue Verbandmethode für's Ohr.

Vorläufige Mittheilung

von

Dr. **Ludwig Loewe** in Berlin.

(Schluss.*)

Daraus ergiebt sich noch ein weiterer Gesichtspunkt für die Beurtheilung des Ausstopfungsverfahrens. Die Heilwirkung der Gehörgangstamponade beruht vielleicht nicht allein darauf, dass der im Gehörgang steckende Pfropf das Trommelhöhlensecret beständig aufsaugt, sondern sie ist möglicher Weise auch in dem negativen Factor begründet, dass die Exsudate nicht mehr, wie es bei der bisherigen Therapie bei jeder Kopfbewegung des Patienten eintreten konnte, aus dem Meatus auditorius externus in das Cavum tympani zurückfliessen können. Was jetzt einmal aus der Trommelhöhle abgeflossen ist, bleibt definitiv weggeführt. Die darin enthaltenen pyogenen und phlogogenen Substanzen werden nie wieder in die Lage gebracht, der Trommelhöhlenschleimhaut gefährlich

*) S. No. 10 d. Monatsschrift.

Digitized by Google

werden zu können, es sei denn, dass etwas Regelwidriges passirt, z. B. wenn der Patient beim Waschen des Gesichts den Verband von aussen benetzt (s. hierüber später).

Nachdem wir nunmehr das Technische und die Motive des Verfahrens besprochen haben, mögen einige Worte über die Vortheile und Mängel desselben Platz finden. Die Vortheile bestehen:

1) in der absoluten Aufhebung der Gefahr der Eiterretention. So lange Saugfläche, Steigepfropf und Verdunstungsoberfläche functioniren, kann sich nicht ein Tropfen Flüssigkeit in der Trommelhöhle ansammeln.

2) in der Sicherheit der vollständigen Verheilung. Ebenso gewiss, wie ein Amputationsstumpf unter dem Listerverbande, muss auch jede Otitis media serosa acuta simplex bei Anwendung der Gehörgangstamponade mit Verschluss der Trommelfelllücke verheilen, vorausgesetzt, dass der die Krankheit verursachende ursprüngliche Reiz vorübergehender Natur ist, also nicht, wie z. B. ein durch die Tuba in's Mittelohr gelangter Fremdkörper, ein dauerndes Irritament abgiebt.

3) in der bedeutenden Abkürzung der zur Verheilnng nöthigen Zeit. Dieselbe beträgt im Durchschnitt 3 — 4 Tage (siehe die gleich folgende Casuistik).

Die Nachtheile des Verfahrens bestehen darin:

1) dass dasselbe viel mühsamer und zeitraubender ist, als die bisherigen Methoden. Das Anlegen eines einzigen Verbandes dauert circa 20 Minuten. Die aufgewandte Mühe wird aber durch viele Vortheile, besonders durch die weit kürzere Dauer des Leidens reichlich aufgewogen.

2) Ein grosser Mangel des Verfahrens liegt ferner in folgendem Umstande: Sowie beim Waschen oder sonst wie die Aussenseite des Verbandes nass wird, verkehrt sich dessen segensreiche Wirksamkeit in das Gegentheil. Denn ebenso, wie der Steigepfropf die Flüssigkeit vom Ohre wegleitet, vermag er auch umgekehrt dieselbe dem Cavum tympani zuzuführen, indem Saug- und Verdunstungsoberfläche ihre Functionen tauschen. Durch einen invertirten Flüssigkeitsstrom müssen aber die in vertrocknetem Zustande unschädlich im Steigepfropf liegenden pyrogenen und phlogogenen Bestandtheile ausgelaugt werden, um von Neuem in der Trommelhöhle zu unheilvoller Wirksamkeit zu gelangen. Kinder darf man deshalb nicht ohne um den Kopf gelegte Bindentouren entlassen, da sie sonst beim Waschen den Verband benetzen. Man thut gut daran, ihnen das Waschen überhaupt zu untersagen.

3) Ein dritter Uebelstand ist die Beeinträchtigung des Hörvermögens durch den Verband, wenn überhaupt von einer solchen die Rede sein kann. In Wirklichkeit verbessert ja das Verfahren die Hörfähigkeit. Dadurch, dass es die Trommelhöhle von Secret entlastet, wird die Schwerhörigkeit in weit höherem Maasse vermindert, als sie durch die Ausstopfung des Gehörgangs verstärkt wird. Um nun den letzteren Factor quantitativ zu prüfen, — der erstere, die Verbesserung des Hörvermögens durch Entfernung des Secrets aus dem Cavum tympani, muss je nach Menge, Lage und Beschaffenheit des Exsudats individuell so verschieden ausfallen, dass Mittelwerthe bedeutungslos sind, — wurde folgendermassen verfahren: Ein gesundes Ohr, dessen Hörweite für die Flüstersprache und den Politzer'schen Hörmesser bekannt war, wurde in der beschrie-

Digitized by Google

benen Weise mit trockener Watte verbunden und abermals auf seine Hörschärfe geprüft. Dann wurde, um auch den Verlust an Hörvermögen bei Durchfeuchtung des Steigepfropfs mit Secret festzustellen, ein mit Olivenöl getränkter Verband in's Ohr gelegt und abermals bestimmt, in welcher Entfernung noch Flüstersprache und Hörmesser gehört wurden. Olivenöl wurde mit Rücksicht auf eine andere, hier nicht zu erörternde Versuchsreihe gewählt; man hätte anstatt dessen ebenso gut Wasser nehmen können. Schliesslich wurde, um auch einen Vergleich mit der bisherigen Verbandmethode zu ermöglichen, der Verlust an Hörschärfe, den ein gesundes Ohr durch Einführen eines einfachen Wattebäuschchens in dem Anfangstheil des Gehörgangs erleidet, festgestellt. Die Resultate waren folgende. — Die Maasse verstehen sich in Centimetern.

Gesundes Ohr.

	Ohne Verband.	Nach Ausstopfung des ganzen Gehörgangs mit trockener Watte.	Ganzer Gehörgang mit öldurchtränkter Watte ausgestopft.	Kleiner trockener Wattebausch in den Anfangstheil des Gehörgangs gesteckt und Finger eines Assistenten fest darauf gedrückt.	Wattebausch in den am Grunde der Ohrmuschel gelegenen Anfangstheil des Gehörgangs gesteckt, ohne durch den Finger des Assistenten fixirt zu sein.
Flüstersprache .	850	75	40	25	484
Politzer'scher Hörmesser . .	450	10	dicht am Ohr	in ganz kurzer Entfernung vom Ohr	20

Nun handelt es sich aber bei Patienten mit seröser Mittelohrentzündung nie um normales Hörvermögen; immer wird in Folge der hyperämischen Schwellung der Trommelhöhlenschleimhaut ein bald grösserer, bald kleinerer Hördefect vorhanden sein. Um auch in dieser Beziehung annähernd zu einem Ueberblick über die Verminderung des Hörvermögens in Folge Ausstopfung des ganzen Gehörgangs mit trockener resp. feuchter Watte zu gelangen, wurden die obigen 5 Rubriken auch bei Personen von mittlerer Schwerhörigkeit geprüft. Die Resultate waren folgende — ich citire einen typischen Fall —:

Mittlere Schwerhörigkeit.

	Ohne Verband.	Nach Ausstopfung des ganzen Gehörgangs mit trockener Watte.	Ganzer Gehörgang mit öldurchtränkter Watte ausgestopft.	Kleiner trockener Wattebausch in den Anfangstheil des Gehörgangs gesteckt und Finger eines Assistenten fest darauf gedrückt.	Wattebausch in den am Grunde der Ohrmuschel gelegenen Anfangstheil des Gehörgangs gesteckt, ohne durch den Finger des Assistenten fixirt zu sein.
Flüstersprache .	350	125	64	17	230
Politzer'scher Hörmesser . .	200	25	2	dicht am Ohr	9

Digitized by Google

Aus beiden Zahlenreihen ergiebt sich, dass eine vollständige Ausstopfung des Gehörganges selbst mit durchfeuchteter Watte das Hörvermögen lange nicht in dem Maasse vermindert, als dies durch einen im Anfangstheile des Gehörganges steckenden Wattebausch geschieht, sobald derselbe durch den darauf gehaltenen Finger eines Assistenten fest in den Gehörgang hineingedrückt wird. Umgekehrt verhält sich die Sache dagegen, sobald der fixirende Finger weg bleibt. Dann ist die Hörverminderung in Folge Ausstopfung des ganzen Gehörganges viel bedeutender, als sie durch einfache Verstopfung bewirkt wird.

4) Bekanntlich weisen Trommelfell und Gehörgangswände solcher Ohren, deren Meatus auditorius externus längere Zeit durch einen Thrombus sebaceus ausgefüllt gewesen ist, stets mehr weniger starke Abweichungen vom gesunden Verhalten auf, sobald man sofort nach Entfernung des Ohrenschmalzpfropfes die Spiegeluntersuchung vornimmt. Demgemäss liess sich erwarten, dass auch die Ausfüllung des ganzen Gehörganges mit festgestopfter trockener oder feuchter Watte allerhand Alterationen des normalen Trommelbildes setzen werde. Um diese zu prüfen, wurde der Meatus auditorius externus gesunder Ohren bald mit trockener, bald mit Oelwatte ausgestopft. Der Wattepfropf blieb verschieden lange Zeit, eine Viertel- bis 24 Stunden liegen. Nach seiner Entfernung wurden jedesmal die inzwischen eingetretenen Veränderungen notirt. Es ergab sich:

a) dass die Gehörgangswände in weit geringerem Maasse alterirt werden, als das Trommelfell,
b) dass ein mit indifferenter Flüssigkeit — bei unseren Versuchen mit Oel — durchtränkter Wattepfropf viel geringere Veränderungen bewirkt, als ein trockener.

Die Abweichungen vom normalen Trommelfellbilde beginnen schon 15 Minuten nach Anlegung des Verbandes. Zuerst wird das Gefässpacket hinter dem Hammergriff deutlich. Dann (nach mehreren Stunden) nimmt das ganze Trommelfell eine rothe Färbung an, wird getrübt und meist auch nach innen eingedrückt. Der Processus brevis springt in Folge dessen stärker hervor, vordere und hintere Nebenfalte werden prägnanter. Dagegen verschwindet jede Andeutung des Ambos, der unteren Contur der hinteren Hauptfalte und des Limbus cartilagineus. Die Grenze zwischen dem Trommelfell und den Gehörgangswänden, namentlich der hinteren, wird ganz undeutlich. Ausserdem erhält die Wandung des Meatus auditorius externus eine blauröthliche Färbung und ein etwas geschwelltes Ansehen. Subjectiv geben Personen mit gesunden Ohren an, dass sie nach Anlegung des Verbandes Alles wie mit gedämpfter Stimme hören, sonst aber keine Beschwerden, bis auf ein leichtes Stechen hin und wieder, haben. Lässt man den Verband weg, so hat sich schon nach kurzer Zeit (in weniger als einer Stunde) das normale Bild wieder hergestellt.

Alles Gesagte gilt nur für die acute Mittelohrentzündung mit dünnflüssiger Secretion und bis auf die Perforationsstelle intactem Trommelfell und Gehörgang. Seit dem 19. November 1887, an welchem Tage ich zuerst bei Behandlung dieser Affection die Gehörgangstamponade angewandt habe, sind mir 4 derartige Fälle vorgekommen.

Digitized by Google

1) Maurermeister August H., 50 Jahre alt, seit 3 Wochen an einer Otitis media mit reichlicher, grün gefärbter Secretion erkrankt und während dieser Zeit mit den üblichen Borsäure-Einspritzungen und -Pulverungen von seinem Hausarzt behandelt. Die Perforationsöffnung war stecknadelknopfgross und befand sich im hinteren unteren Quadranten. Die vollständige Verheilung mit Vernarbung erfolgte innerhalb der ersten 24 Stunden.

2) N. N., Commis, 20 Jahre alt, acut seit wenigen Tagen unter heftigen Schmerzen an einer feuchten, stark absondernden Mittelohrentzündung erkrankt, bisher unter Behandlung des Hausarztes. Die Hautdecke über dem Warzenfortsatz geschwellt, geröthet und stark druckempfindlich. Nach 2maligem Verbandwechsel, also innerhalb 48 Stunden, Heilung mit Verschluss der Perforationslücke. Auch die erysipelartigen Erscheinungen über dem Warzenfortsatz sind vollständig geschwunden. Nach 8 Tagen ein Recidiv. Das Trommelfell ist wiederum stecknadelknopfgross perforirt. Die Absonderung nur mässig stark, Schmerzen gering. Definitive Heilung nach 3maligem Verbandwechsel.

3) Paula N., Kaufmannstochter, 12 Jahre alt, leidet an vollständiger Undurchgängigkeit der Nase in Folge einer Rhinitis chron. hypertrophica und adenoider Vegetation. Wegnahme von 8 kirschgrossen Tumoren aus dem Nasenrachenraum mittelst der Lange'schen Cürette. Nasendouche. Die Nase ist nunmehr für den Wasserstrahl durchgängig. Jedoch setzt das Mädchen der Ausspritzung starken Widerstand entgegen. Mit der Weisung entlassen, zwecks Offenhaltung der Nasenpassage in Zwischenräumen von je 1/2 Stunde die Douche zu wiederholen. Dies geschieht nicht. Als die Kleine sich am anderen Tage vorstellte, war die Nase wiederum undurchgängig und musste zu forcirter Ausspritzung geschritten werden. Eine kräftige, circa 400 Gramm fassende Clystierspritze wird mittelst eines circa 30 Ctm. langen Gummischlauches mit einer gewöhnlichen, weit durchbohrten Nasenolive verbunden. Als Spritzflüssigkeit dient lauwarme 1/2procentige Kochsalzlösung. Man setzt die Olive luftdicht in ein Nasenloch ein, spritzt genau in derselben Weise, wie bei der forcirten Ohrausspritzung, so kräftig als möglich, so dass der Wasserstrahl in hohem Bogen aus dem anderen Nasenloch herausschiesst. Die Nase der Patientin erwies sich für diese forcirte Methode durchgängig und wurde letztere am selben Tage noch. 10 Mal wiederholt. Dadurch gewöhnte sich die Kleine so an das Ausspülen, dass sie nunmehr die Weber'sche Nasendouche spontan ausführte und ihre Nasenpassage dauernd offen hielt. In der zweiten Nacht nach den forcirten Ausspritzungen erkrankte Patientin unter heftigen Schmerzen an einer acuten feuchten Mittelohrentzündung linkerseits, die sehr bald (noch in derselben Nacht) zur Perforation und reichlichen Secretion führte. Eine 1malige Gehörgangstamponade genügte zur völligen Verheilung; schon nach 24 Stunden war die Secretion erloschen und die Lücke vernarbt.

In diesen ersten 3 Fällen wurde zur Ausfüllung des Gehörganges Salicylwatte und zur Ausspritzung lauwarmgesättigte Borsäurelösung verwandt. Auch wurde bei jedesmaligem Verbandwechsel, also in Zwischenräumen von je 24 Stunden, gepolitzert und in forcirter Weise ausgespritzt.

In dem nun folgenden Fall 4, Dienstmädchen Auguste F., 26 Jahre alt, wurde insofern anders verfahren, als alle Antiseptica weggelassen,

Digitized by Google

also anstatt der Borsäurelösung nur reines Wasser und anstatt der Salicyl- einfache Bruns'sche Verbandwatte genommen wurde. Auch wurde nur das erste Mal ausgespritzt und gepolitzert. Bei den folgenden, in Zwischenräumen von je 24 Stunden wiederholten Erneuerungen des Tampons wurde immer nur die durchnässte Watte durch trockene ersetzt, jede weitere Manipulation dagegen unterlassen. Diese 4 Abänderungen der ursprünglichen Methode waren durch folgende Beweggründe veranlasst: Politzern und Ausspritzen sind nur das erste Mal am Platz. Da liegt ihnen ob, die von Secret strotzende Trommelhöhle gründlich zu reinigen. Sowie dies geschehen ist, tritt die Gehörgangstamponade in Wirksamkeit. Ihr fällt dann die Aufgabe zu, das Cavum tympani dauernd von Secret freizuhalten. Erneuert man mithin nach 24 Stunden den Verband, so darf, da alle unterdessen producirte Flüssigkeit im Gehörgangspfropf stecken muss, auch nicht ein Tropfen Exsudat in der Trommelhöhle sein; wozu also da noch Politzern und Ausspritzen? Man würde durch Wiederholung dieser beiden Manipulationen beim Verbandwechsel nur das Verfahren zweckloser und unnöthiger Weise compliciren.

Auch ist nicht ersichtlich, welchen Vortheil ein antiseptischer Gehörgangstampon einem einfachen, nicht sterilisirten gegenüber haben kann. Der im Meatus auditorius externus steckende Watte- oder Mullpfropf hat die Functionen eines Dochtes. Er dient, wie dieser, nur zum Aufsaugen. Ebenso, wie es für das Brennen einer Lampe gleichgiltig ist, ob der Docht derselben mit antiseptischen Stoffen imprägnirt ist, oder nicht, so kommt es auch beim Gehörgangstampon nicht darauf an, ob er die in ihn eindringenden Microben tödtet oder nicht. Immer vorausgesetzt, dass die Cutisauskleidung des Gehörganges und Trommelfelles, abgesehen von der Perforationslücke, normal ist, also durch ihre Bedeckung mit einer impermeablen Hornschicht der Ueberimpfung von Microben aus dem Gehörgangstampon unüberwindliche Hindernisse entgegensetzt.

Von dem Bestreben, die Methode möglichst zu vereinfachen, geleitet, wurde schliesslich auch beim erstmaligen Ausspritzen das Antisepticum (Borsäure) weggelassen und nur reines, nicht sterilisirtes Wasser genommen. Da ja doch blos das mechanische Moment des Abspülens in Frage kommt, antiseptische Qualitäten der Spritzflüssigkeit aber gar keine Rolle spielen können, so müsste reines Wasser auch genügen.

Der Erfolg dieser 4 Modificationen des ursprünglichen Verfahrens entsprach nicht den gehegten Erwartungen. Die Secretion, die in den 3 ersten, nach dem ursprünglichen Verfahren behandelten Fällen innerhalb 24—48 Stunden vollständig versiegt war, hielt mit gleich bleibender Stärke 12 Tage lang an. Da ich ein längeres Hinziehen des Processes nicht verantworten zu können glaubte, so wurde nunmehr bei jedesmaligem Verbandwechsel gepolitzert und gespritzt, allerdings nur mit reinem Wasser ohne antiseptischen Zusatz. Ebenso wurde die Gehörgangstamponade nur mit reiner Bruns'scher Watte ausgeführt. Die Secretion verminderte sich sofort um ein Bedeutendes, aber sie sistirte nicht gleich gänzlich. Erst nach 7maliger Erneuerung des Verbandes innerhalb einer Woche versiegte sie vollständig, so dass nach 19 Tagen das Mädchen mit geschlossener Trommelfelllücke geheilt entlassen werden konnte. Ob übrigens schon dieser eine Fall genügt, die Nothwendigkeit täglichen, bei jedem Verbandwechsel wiederholten, Ausspritzens resp. Politzerns

Digitized by Google

zu erweisen, scheint doch noch fraglich. Es können ja allerhand individuelle Verhältnisse mitgespielt haben. Derartige Fragen lassen sich nur durch methodisches Modificiren jedes einzelnen Factors prüfen. Man darf aber nicht, wie es hier gemacht wurde, gleich 4 Veränderungen auf einmal vornehmen, mögen die Gründe für dieselben auch noch so beweiskräftig scheinen. Bis diese methodischen Versuche durchgeführt sind, was, da die Fälle ja nicht allzu häufig sind, immerhin noch einige Zeit in Anspruch nehmen wird, dürfte es für Diejenigen, die die Methode nachprüfen wollen, wohl am gerathensten sein, alltäglich vor Einlegung des Gehörgangstampons zu politzern und mit Borsäure auszuspritzen, sowie zur Ausstopfung des Meatus auditorius externus antiseptisch gemachte Stoffe (vielleicht am besten gekrüllten Sublimat-Kochsalz-Mull) anzuwenden.

Es erübrigt schliesslich noch, zu prüfen, wie sich die Veränderungen des Hörvermögens bei Behandlung der acuten feuchten Mittelohrentzündung mittelst der Gehörgangstamponade stellen. Bei den beiden früheren Methoden — dem offenen, wie dem Pulververfahren — verlieren die Patienten bekanntlich regelmässig einen nicht unbeträchtlichen Theil ihres Gehörs, selbst wenn der Process im Uebrigen in glücklichster Weise mit Verschluss der Trommelfelllücke endigte. Leider stehen mir keine exacten, einen Vergleich der beiden alten Methoden mit der Gehörgangstamponade nach dieser Richtung hin ermöglichenden Erfahrungen zu Gebote. Subjectiv haben alle 4 Patienten ihre Befriedigung über die freilich nicht ganz vollständige Wiederherstellung ihres Hörvermögens ausgesprochen.

* * *

Zum Schluss noch ein paar Worte der Reserve. Alles Gesagte gilt nur für die acute Mittelohrentzündung mit — abgesehen von der Perforation — intactem Trommelfell und dünnflüssiger, der Aufsaugung durch Watte (Gaze, Jute, Holzwollwatte etc.) zugänglicher Beschaffenheit des Exsudats. Die Methode dürfte unzweifelhaft theils in ihrer ursprünglichen Gestalt, theils mannigfaltig variirt auch bei anderen Ohrenleiden anwendbar sein. Nichts wäre aber verkehrter, als dies jetzt schon in schematischer Weise zu thun, also etwa bei jeder Otorrhoe — ganz gleichgiltig, wie das Secret beschaffen ist, woher es stammt, ob das Trommelfell und die Gehörgangswände gesund sind oder nicht — den Meatus auditorius externus in toto mit Watte ausstopfen zu wollen. Hier muss der einzelne Fall individualisirt und namentlich geprüft werden, ob die gleich anzugebenden 3 Indicationen für die Anlage des Occlusivverbandes vorhanden sind oder nicht. Sonst kann selbstverständlich leicht Unheil angerichtet werden. Man denke z. B. nur, dass das Secret einer Otorrhoe eine dickflüssige, schleimige, der Aufsaugung durch Watte oder Mull nicht zugängliche Beschaffenheit hat, wie dies unter Anderem bei Myringitis chronica manchmal der Fall ist. Was wird eintreten? Das Exsudat wird am Orte seiner Bildung liegen bleiben und nur die Innenfläche der unmittelbar dem Trommelfell aufliegenden Wattebäuschchen benetzen. Ein intensiver, mit der Entwickelung von Fäulnissgasen einhergehender Zersetzungsprocess wird Platz greifen, dessen Producte nicht allein in hohem Grade entzündungserregend, sondern sogar direct ertödtend auf das Gewebe, mit dem sie unmittelbar in Berührung kommen, ein-

Digitized by Google

wirken müssen. Mithin wird unter dem Verbande eine Verschlimmerung des Leidens eintreten, die vermieden worden wäre, wenn durch fleissiges Ausspritzen für permanente Entfernung der Secretionsproducte Sorge getragen oder durch Einbringen geeigneter Medicamente die Zersetzung verhindert resp. die Secretion selbst beschränkt worden wäre.

Will man den ganzen Gehörgang mit Watte resp. Mull nach obiger Methode ausstopfen, so müssen folgende 3 Indicationen gegeben sein:

1) Das Secret muss so dünnflüssig sein, dass es durch Watte resp. Mull spontan aufgesaugt wird.

2) Es muss aus der Trommelhöhle oder deren Annexen stammen.

3) Trommelfell und Gehörgangswände dürfen, abgesehen von der Communicationsöffnung zum Mittelohr, nicht erkrankt sein.

Das erste Postulat, die Dünnflüssigkeit des Secretes, ist selbstverständlich. Darüber bedarf es keiner Worte. Nur wenn es dünnflüssig ist, besitzt die Watte resp. der Mull die Fähigkeit, es aufzusaugen.

Zwecks Begründung der zweiten und dritten Forderung (Abstammung des Exsudats aus dem Mittelohr bei Intactheit der Cutisauskleidung des Trommelfelles und Gehörganges) möge hier auf die theoretische Auseinandersetzung auf S. 264 ff. dies. Monatsschr. verwiesen werden. Das ganze Ausstopfungsverfahren geht ja von der Voraussetzung aus, dass in einer schwer von aussen erreichbaren, der permanenten Durchspülung sowohl, als dem beständigen Contact mit Medicamenten unzugänglichen Höhle Exsudat gebildet wird und dass es sich darum handelt, dies jedes Mal in dem Augenblick seiner Entstehung zu eliminiren. Trifft diese Voraussetzung nicht zu, so verliert das Verfahren — mindestens soweit der in obigen Zeilen der Oeffentlichkeit übergebene Theil desselben in Frage kommt — sein Fundament. Bei einer Otorrhoe z. B., deren Secret nicht im Mittelohr, sondern im Gehörgang, also an einer leicht erreichbaren, unserer directen Therapie zugänglichen Localität erzeugt wird, treten ganz andere, als die bis jetzt ventilirten Momente in Frage. Hier müssen nicht blos chirurgische, sondern, da es sich ja bei Affectionen des Meatus auditorius externus immer zu allererst um Erkrankungen des Hautorganes handelt, auch dermato-therapeutische Erwägungen mit in den Kreis der Betrachtung gezogen werden. Freilich ist damit nicht gesagt, dass nicht auch bei Gehörgangsaffectionen das Ausstopfungsverfahren möglich sei. Es ist nur nicht in der bis jetzt beschriebenen Form verwendbar. In dieser hat es nur da Berechtigung, wo es sich um Entfernung dünnflüssiger Secrete aus dem Mittelohr handelt. Will man es auch bei Gehörgangsleiden anwenden, so bedarf es gewisser Modificationen, da ihm hier die Erfüllung anderer Zwecke obliegt. Hier wird die Tamponade des Meatus nämlich voraussichtlich als Medicamentträger ausgedehnte Verwendung finden. Mit seiner Hilfe werden wir in den Stand gesetzt, den reichen Salbenschatz und die ausgebildete Methodik der Dermatotherapie in einer viel vollkommeneren Weise auf das Integument des Trommelfelles und des äusseren Gehörganges einwirken zu lassen, als dies bisher möglich war.

Folgendes Beispiel möge dies erläutern. Gesetzt, die Trommelfelloberfläche wäre an einer Myringitis chronica erkrankt und durch die Natur des Hautleidens wäre nach dermatologischen Grundsätzen die Anwendung eines deckenden Mittels, also etwa des Oleum olivarum, oder

Digitized by Google

der Hebra'schen Salbe, oder der bekannten Salicylpaste, oder der Unna-schen Zinkgelatine, oder des Letzel'schen Liniments indicirt. Keine der bisher gebräuchlichen Methoden war im Stande, eine dauernde und nur auf die erkrankte Trommelfelloberfläche beschränkte Berührung mit den beregten Arzneimitteln zu sichern. Immer lag die Gefahr nahe, dass letztere überhaupt nicht an den Ort der Erkrankung gelangten, oder dass sie, selbst wenn sie glücklich hingebracht waren, nicht dauernd daselbst haften blieben, sondern entweder sofort, oder, wenn es sich um Salben, Pasten, Gelatinen handelte, nachdem sie durch die Körperwärme verflüssigt waren, in Folge der Kopfbewegungen des Patienten an Punkte des Gehörgangs flossen, wo sie nicht hingehörten. Jetzt sind diese üblen Eventualitäten nicht mehr zu befürchten. Man hat nur nöthig, kleine, linsengrosse Mullpartikelchen, die mit den erwähnten Oelen, Salben, Pasten, Gelatinen, Linimenten durchtränkt sind, fest auf die Trommelfelloberfläche zu stopfen und darüber, damit der Verband nicht wieder abfalle, den Gehörgang eine kleine Strecke weit mit ebenfalls festgestopften Partikelchen hydrophilen Mulls auszufüllen. Dann muss das betreffende Medicament auf der erkrankten Trommelfelloberfläche haften und kann nur auf dieser allein diejenige Wirkung ausüben, die man nach den Erfahrungen der übrigen Dermatologie von ihm zu erwarten berechtigt ist.

Derartige, bald kleinere, bald grössere Modificationen des Ausstopfungsverfahrens werden sich voraussichtlich je nach dem jeweilig vorliegenden Zweck noch in mannigfaltigster Weise herausfinden lassen. Meine eigenen diesbezüglichen Versuche mögen, soweit sie zu brauchbaren Resultaten geführt haben, gleich hier Platz finden.

II. Verfahren bei chronischem feuchten Mittelohrcatarrh — künstliches Trommelfell.

Der chronische feuchte Mittelohrcatarrh wird, vorausgesetzt, dass das Secret ganz dünnflüssig ist, mutatis mutandis nach denselben Grundsätzen, wie der acute, behandelt. Da die Secretion in der Regel geringfügig ist, so genügt der Querschnitt des Gehörgangs als Verdunstungsoberfläche. Hat die Absonderung gänzlich aufgehört, ist die Perforation, wie man zu sagen pflegt, trocken, so wird der Gehörgangstampon derartig in seiner Ausdehnung verringert, dass daraus eine ca. 1 Mmtr. dicke Watteplatte wird, welche exact der Oberfläche des Trommelfells aufgestopft alle Erhöhungen und Vertiefungen derselben wiedergiebt und wohl besser als **„künstliches Trommelfell"** bezeichnet werden kann. Dasselbe saugt sich in kurzer Zeit an der Oberfläche der Membrana tympani fest und bleibt daselbst ohne Belästigung des Patienten in infinitum unverändert liegen, vorausgesetzt, dass es nicht von aussen, z. B. beim Waschen, benetzt wird. Nach meinen Erfahrungen stellt es das Ideal eines künstlichen Trommelfells dar. Es verschiebt sich nie, schmerzt nie, dagegen verbessert es in passenden Fällen das Gehör, verhindert das Eindringen von Fremdkörpern vom Gehörgang aus in's Mittelohr etc., kurz, es wirkt nach jeder Richtung ebenso günstig wie das natürliche Trommelfell, dessen denkbar vollkommensten Ersatz es darstellt. Unter meinen Patienten befinden sich mehrere, die derartige Watteplatten seit vielen Monaten tragen und die sich dabei so wohl befinden, dass sie die Platten voraussichtlich bis an ihr Lebensende unverändert im Ohre behalten werden.

Digitized by Google

Die Patienten haben übrigens ein bemerkenswerth feines Gefühl für die Beschaffenheit dieses künstlichen Trommelfells. Eine etwaige Durchfeuchtung desselben fällt ihnen sofort in unangenehmer Weise auf. Die günstige Wirkung der Watteplatte hat nichts Wunderbares. Dieselbe ist ja eigentlich nichts Anderes als eine Modification des vor 40 Jahren von Yearsley empfohlenen Wattekügelchens, von dem es ja bekannt ist, dass es viele Jahrzehnte lang mit gleichbleibender günstiger Wirkung getragen werden kann. Uebrigens hat die Watteplatte dem ursprünglichen Yearsley'schen Wattekügelchen gegenüber folgende 2 Verbesserungen aufzuweisen:

1) Es ist trocken, nicht wie das Yearsley'sche Kügelchen in überflüssiger Weise mit Wasser oder Glycerin durchfeuchtet.

2) Dadurch, dass es allen Unebenheiten und Vertiefungen des Trommelfells fest aufgestopft ist und sich auch genau an den Gehörgangsgrund anlegt, bleibt es in einfachster Weise, ohne je herauszufallen, das ganze Leben lang an dem richtigen Orte liegen.

III. Verfahren bei Erweichung von Ohrenschmalzpfröpfen, Cholesteatomen der Trommelfelloberfläche etc.

Seit einem Jahre habe ich zur Erweichung von Ohrenschmalzpfröpfen, Cholesteatomen der Trommelfelloberfläche etc. an Stelle der früher üblichen Einträufelungen die Gehörgangstamponade mit in Provencer-Oel getauchter Watte angewandt. Die Watte wird in kleinen Partikelchen mit Oel durchtränkt und in diesem feuchten Zustand in genau derselben Weise festgestopft, wie dies bei dem acuten exsudativen Mittelohrcatarrh geschieht. Man braucht den Meatus auditorius externus nur bis an den Grund der Ohrmuschel zu tamponiren. Die Tampons haften von selbst. Man hat nicht nöthig, eine Binde darüber zu legen. Das Verfahren belästigt die Patienten nicht im Geringsten. Es hat den Einträufelungen gegenüber den grossen Vorzug, dass es eine dauernde Berührung der zu erweichenden Ohrenschmalz- oder Cholesteatommasse mit der Erweichungsflüssigkeit sichert. Früher war dies nur erreichbar, wenn man den Kopf des Patienten horizontal mit dem gesunden Ohr nach unten auf eine Tischplatte legte. Die Erweichungsflüssigkeit blieb nur bei dieser unbequemen Lage im Ohr. Sowie der Kopf aufgerichtet wurde, floss sie heraus. Das hinderte natürlich den Effect und zwang die Patienten, oft Stunden lang in unbequemster Position zu verharren. Bei der Gehörgangstamponade kann man sie sofort, nachdem man den Oelwattetampon eingelegt hat, was höchstens 1 Minute erfordert, mit der Weisung entlassen, sich nach 24—48 Stunden wieder einzufinden. Dann ist sicher jeder Ohrenschmalzpfropf erweicht und kann durch forcirtes Ausspritzen auf leichteste Weise entfernt werden. Cholesteatomatöse Tumoren bedürfen übrigens zu ihrer Erweichung oft längerer Zeit. So habe ich voriges Jahr bei einem Postillon, der eine grosse cholesteatomatöse Auflagerung auf der Oberfläche des Trommelfells hatte und dessen knöcherner Gehörgang in Folge dessen bereits in einiger Ausdehnung usurirt war, einen Oelwattetampon ca. 6 Wochen im Meatus auditorius externus liegen lassen müssen, ehe die Massen derartig erweicht waren, dass sie durch forcirtes Ausspritzen in toto mühe- und schmerzlos entfernt werden konnten. Es ist dies überhaupt die rationelle Therapie des Cholesteatoms. Soweit es vom Gehör-

Digitized by Google

gang aus zugänglich ist, muss es durch Oelwattetampon erweicht und, nachdem dies geschehen ist, durch forcirtes Ausspritzen entfernt werden.

Als Erweichungsflüssigkeit wird bekanntlich beim Einträufelungsverfahren vielfach dünne Natronlösung empfohlen. Dieselbe lässt sich bei der Gehörgangstamponade nicht anwenden, weil sie durch Verdünstung eintrocknen würde. An ihrer Stelle empfiehlt sich einfaches Provencer-Oel, das die Gehörgangswände nicht reizt und nie eintrocknet.

Die Durchleuchtung des Kehlkopfes und anderer Höhlen des menschlichen Körpers.

Vortrag

gehalten in der Sitzung der medicin. Section der Gesellsch. für Vaterländ. Cultur am 26. October und 9. November 1888

von

Professor Dr. **Voltolini.**

Es wird Manchem der Herren bekannt sein, dass schon der Erfinder der Laryngoscopie, Czermak, diese Beleuchtungsart angegeben hat. Er sagt in seinem Buche „Der Kehlkopfspiegel" (Leipzig 1860, Seite 21): „Der Kehlkopf und die Trachea nebst den dieselben deckenden Gebilden sind nämlich an manchen Stellen ziemlich durchscheinend, bei zarten Individuen erglüht die Glottis in röthlichem Schimmer, schon wenn die Sonne von aussen auf den Hals scheint. Wird das Sonnenlicht durch den Concavspiegel oder eine Linse auf gewisse Stellen des Halses concentrirt, so werden zuweilen die einzelnen Theile des Kehlkopfes, wie die vor ein Licht gehaltenen Finger der Hand, so stark und prachtvoll glühend roth durchleuchtet, dass man sie vollkommen deutlich unterscheiden kann. Diese Durchleuchtung gelingt manchmal, wiewohl in geringerem Grade, sogar mit concentrirtem Gaslicht. Die Durchleuchtung, deren Möglichkeit Dr. Gerhardt (l. c. 15) bestätigt, dürfte vielleicht mit Vortheil zur Beurtheilung der in physiologischen und pathologischen Zuständen wechselnden Dicke der Stimmbänder, ferner gewisser Ernährungsstörungen der Theile etc. und endlich der Tiefe, in welcher sich etwaige Veränderungen in der Trachea befinden, benützt werden können."

In der zweiten Auflage seines Buches (1863, S. 30) giebt Czermak auch eine Abbildung, um zu zeigen, wie weit der Lichtkegel durch die Halsgebilde hindurchdringt, und sagt dabei: „Der beigedruckte Holzschnitt erläutert mein Durchleuchtungsverfahren, welches von Gerhardt und Störk mit Erfolg wiederholt worden ist." Er fügt hinzu: „Für die Rhinoscopie lässt sich die Durchleuchtungsmethode nur in sehr beschränkter Weise verwerthen."

Nach meiner jetzigen Methode aber lässt sich dieselbe vortrefflich auch für die Rhinoscopie verwerthen, wie Sie, m. H., hernach sehen werden.

Türck erwähnte die Durchleuchtung gar nicht, Semeleder, auch ein Laryngologe aus der Zeit der Erfindung des Kehlkopfspiegels, sagt in seiner „Laryngologie" (Wien 1863, Seite 25): „Dieser Versuch ist

Digitized by Google

sehr schön und anziehend, wir sind aber nicht geneigt, der Durchleuchtung practischen Werth anzuerkennen, denn wenn der Einblick in den Luftweg überhaupt leicht ist, so wird die Besichtigung bei Beleuchtung vom Spiegel aus jedenfalls bessere Ergebnisse liefern, und wenn die räumlichen Verhältnisse ungünstig sind, so wird der durchleuchtete Kehlkopf sich ebenso schlecht abspiegeln, als der von oben beleuchtete. Auch ist das Licht je so hell, um zu erlauben, dass man Einzelheiten genau unterscheide."

Mit diesen Worten giesst Semeleder so zu sagen gleich kaltes Wasser über die neue Untersuchungsmethode — aber mit Unrecht, denn er hat die Sache missverstanden und wohl gar nicht erprobt. Gerade umgekehrt wird man bei der Durchleuchtung im Kehlkopfspiegel noch etwas sehen, wenn die räumlichen Verhältnisse so ungünstig sind, dass man bei der Beleuchtung des Kehlkopfspiegels von oben, d. h. vom Munde aus, wenig oder nichts sieht, wie ich Ihnen hernach an einem Knaben zeigen werde. Es handelt sich auch nicht darum, das, was man bei der gewöhnlichen Laryngoscopie sieht, dies nun noch einmal bei der Durchleuchtung zu sehen, sondern darum, dass, wenn man auch bei günstigen räumlichen Verhältnissen im Kehlkopfspiegel deutlich sehen kann, man mittelst der Durchleuchtung noch ganz andere Dinge sieht, gerade so, wie man mit dem Microscope ganz andere Dinge sieht bei auffallendem als bei durchfallendem Lichte. v. Bruns erwähnt die Beleuchtungsmethode mit keiner Silbe, ebensowenig Moura-Bourouillou, Fauvel, Morell Mackenzie; Tobold erwähnt sie nur historisch, und bis heutigen Tages ist nun meines Wissens von der Durchleuchtung des Kehlkopfes gar nicht mehr die Rede, obgleich ich sie in meinen Cursen den Studirenden gewöhnlich demonstrirt habe. Der Grund der Vernachlässigung dieser Methode liegt wohl darin, dass sie bisher nur mit Sonnenlicht ausgeführt wurde und ausgeführt werden konnte; dieses Licht hat man aber nicht immer und überall, und ausserdem ist sie mit Sonnenlicht umständlich und schwer auszuführen. Die Schwierigkeiten liegen in Folgendem: Man muss das Sonnenlicht concentrirt, d. i. durch einen Hohlspiegel, auf den entblössten Hals des Patienten fallen lassen; trifft der Brennpunkt den Hals des Kranken, so verbrennt man ihn; der Kranke muss also diesseits oder jenseits des Brennpunktes sitzen. Diese Entfernung genau inne zu halten, ist eben sehr schwierig, da bei jeder Bewegung des Kranken oder Desjenigen, welcher den Hohlspiegel dirigirt, der Lichtkegel vom Halse des Patienten weiter wandert. Ferner: da der Patient den Mund weit öffnen muss, also das Kinn stark herabzieht, so bedeckt dieses schon in Etwas den Hals, und noch mehr geschieht dieses, wenn der Patient die Zunge weit herausstreckt und diese mit einem Tuche festgehalten wird; hierbei ist es schwierig, das Tuch stets so weit zur Seite zu halten, dass dem Lichte die Einwirkung auf den Hals nicht verhindert wird. Ebenso hält ein lang herabhängender Bart das Licht ab.

Ich habe diese Schwierigkeiten in meinen Cursen so oft erprobt, dass ich gar nicht daran denken konnte, die Studirenden selbst die Methode ausführen zu lassen.

Durch die Erfindung der electrischen Glühlampen durch den Amerikaner Edison ist nun aber diese Untersuchungsmethode in ein ganz

Digitized by Google

neues Stadium getreten und jetzt ist sie leicht ausführbar, wie Sie, m. H., sich bald überzeugen werden.

Sie sehen hier eine electrische Batterie, vom Instrumentenmacher Brade hierselbst zu dem genannten Zwecke eingerichtet; sie wird mit Kali bichloricum, wie die galvanocaustische Batterie, und mit verdünnter Schwefelsäure gespeist. An diese wird mittelst der Leitungsschnüre diese grössere Edison'sche Glühlampe befestigt; schlage ich nun den Deckel der Batterie zurück, so tritt dieselbe sofort in Wirksamkeit und Sie sehen die Lampe erglühen; damit ich aber das Licht allmählig verstärken kann und nicht plötzlich eine bedeutende Verstärkung desselben eintritt, wobei der Kohlenfaden der Lampe verbrennen würde, habe ich an der Batterie einen Rheostaten angebracht, so dass, wenn man die Klammer desselben langsam vorschiebt, allmählig das Licht der Lampe immer heller wird.

Setze ich nun diese Lampe, deren Rückenfläche mit Spiegelamalgam belegt ist, um das Licht zu reflectiren, bei entblösstem Halse des Kranken, unmittelbar auf den Kehlkopf, und lasse das Licht erglühen, führe zugleich den erwärmten Kehlkopfspiegel in den dunklen Rachen des Patienten, so sieht man auf die prachtvollste Weise den ganzen Kehlkopf durchleuchtet und kann, wie unter dem Microscope, durch die einzelnen Theile hindurchblicken.

Damit nun aber die Lampe sich nicht zu sehr erhitzt, und man in der Untersuchung dadurch gestört wird, wenn den Patienten die Hitze am Halse belästigt, so habe ich an der Lampe eine kleine Schusterkugel angebracht, welche mit kaltem Wasser gefüllt und vor der Lampe angebracht ist, so dass das Licht durch die Kugel hindurchfallen muss; ich erlange hierdurch noch den Vortheil, dass die Kugel als biconvexe Linse wirkt und das Licht der Lampe concentrirt.

Es versteht sich von selbst, dass die Durchleuchtungsmethode desto besser gelingt, je dünner der Hals des zu Untersuchenden ist und darum gelingt sie fast ohne Ausnahme bei Kindern, wenn man sie überhaupt zu laryngoscopiren vermag. Aber auch bei Erwachsenen, sowohl Männern, als Frauen, gelingt sie in vorzüglicher Weise, wenn der Hals nicht zu dick ist, ist er dick, so könnte die Durchleuchtung noch vielleicht von Erfolg sein, wenn man zwei Edison'sche Lampen verwendete, die eine links, die andere rechts vom Kehlkopfe.

Jede Untersuchungsmethode hat ihre Grenzen, und wenn bei einem Patienten vorn oder hinten — wie das zuweilen wirklich vorkommt — die Nase zugewachsen ist, so kann man natürlich weder die Rhinoscopie anterior noch posterior ausführen, ebenso wie die Durchleuchtung bei Jemandem nicht gelingt, welcher eine Struma wie ein Kindeskopf gross besitzt.

Fragen wir nun nach dem Nutzen dieser Untersuchungsmethode, so haben wir schon oben die Worte Czermak's angeführt, welche im Allgemeinen denselben angeben. Ich möchte in Besonderem hervorheben, dass die Durchleuchtung uns wahrscheinlich ein diagnostisches Hilfsmittel sein wird, schon durch die Laryngoscopie festzustellen, ob eine Neubildung auf den Stimmbändern eine benigne oder maligne ist. Ich habe noch nicht Gelegenheit gehabt, mittelst der Durchleuchtung eine solche maligne Neubildung zu untersuchen, aber ich habe bereits gutartige Neu-

Digitized by Google

bildungen wiederholt auf diese Weise untersucht und habe gesehen, dass dieselben direct sich von dem Stimmbande abheben, ohne gleichsam Wurzeln in das Stimmband selbst hineinzusenken.

Nach den Untersuchungen von Waldeyer (Virchow's Archiv, Band 41 und 55) sind alle Carcinome ihrem wesentlichen Bestandtheile nach epitheliale Gebilde, welche als Epithelialzapfen sich in die Gewebe einsenken und hier fortwuchern. Morell Mackenzie hat sich ja auch in seiner Entgegnung auf die Schrift der deutschen Aerzte besonders auf dieses Nichtvorhandensein der Hineinwucherung von Epithelzapfen bei Kaiser Friedrich III. gestützt nach den beiden Protocollen von Virchow, aber Virchow konnte natürlich nur untersuchen, was ihm zugeschickt wurde.

So zeigte sich auch ein von mir operirter carcinomatöser Polyp vom Eingange des Kehlkopfes, den ich Waldeyer und Virchow zur Untersuchung schickte; beide bestätigten das Carcinom — und Patient ging auch später an dem ulcerirenden Carcinom zu Grunde. Waldeyer sagt von diesen Polypen (l. c. Band 55, Seite 107): „Mehrfach fand man dann auch ganz isolirte Epithelinseln vom Verhalten gewöhnlicher Krebskörper in das Granulationsgewebe eingebettet und konnte Uebergänge solcher Formen in lang hinabreichende Epithelzapfen verfolgen. Der Befund hat insofern Interesse, als carcinomatöse Neubildungen von Polypenform selten sind.“ Beim verstorbenen Kaiser Friedrich scheint das Carcinom eine ähnliche Gestalt ursprünglich gehabt zu haben.

Wenn Sie, m. H., sich hier jetzt davon überzeugen, wie vortrefflich in manchen Fällen alle Gebilde der Kehlkopfhöhle durchleuchtet werden, so werden Sie mir zugeben, dass die Durchleuchtung ein vorzügliches diagnostisches Hilfsmittel bei den genannten Tumoren abgeben kann.

Man kann ferner die Durchleuchtung des Kehlkopfes noch in anderer Weise verwerthen, zu einem physiologischen Zwecke, nämlich zur Beobachtung des Gaumensegels, welche Rolle dieses bei der Stimmbildung spielt. Ich habe schon in meiner „Rhinoscopie und Laryngoscopie“ angegeben, wie ich dafür halte, dass die Angaben in den Lehrbüchern der Physiologie über die Stimmbildung in gewisser Beziehung nicht richtig sind. So sind schon die Angaben über die Stellung des Gaumensegels, soweit ich die Sache bis jetzt untersucht habe, nicht richtig. Es kann dies füglich auch nicht anders sein, denn nach der bisherigen Art und Weise der Untersuchung konnte man über jenen Vorgang auch nicht in's Klare kommen, da man nur bei der Phonation von a und e den Mund offen behalten kann, und wobei das Gaumensegel nur zu beobachten ist; bei allen anderen Vocalen wird der Mund mehr oder weniger geschlossen. Die Physiologen haben sich daher so geholfen, dass sie bei Patienten suchten Beobachtungen zu machen, bei denen die Resection des Oberkiefers vorgenommen worden war, und man so von oben durch eine gemachte Höhle in das Cavum pharyngo-nasale sehen konnte. Aber bei solcher Zertrümmerung der Knochen kann schwerlich noch ein ganz normaler Vorgang bei der Phonation stattfinden, abgesehen davon, dass es wohl kaum bekannt ist, wie diese Region immer mehr oder weniger von Schleim erfüllt ist und wenn dieser nicht erst ausgespritzt wird, man nicht genau beobachten kann.

Ich hatte in meiner „Rhinoscopie“ (Figur 14 und 15) ein Instrument

Digitized by Google

angegeben, welches man durch die Nase führt und in einem kleinen Spiegel, welcher sich vorn in dem Instrument befindet, die Bewegungen des Gaumensegels bei der Phonation der verschiedenen Buchstaben und Worte beobachten kann. Bei meiner Durchleuchtungsmethode sieht man nun, wenn man das oben angegebene Instrument in die Nase schiebt, durch den in demselben befindlichen Spiegel hinten im Rachen das Licht der electrischen Lampe, welche aussen an den Kehlkopf gehalten wird, ganz schön und kann so beobachten, ob und wenn sich das Gaumensegel öffnet und schliesst, also das Licht von unten her erscheint und verschwindet.

Mit einer etwas kleineren Glühlampe, als diejenige ist, welche ich zur Durchleuchtung des Kehlkopfes gebrauche, kann man auch die Gesichtsknochen durchleuchten. Zu diesem Zwecke gebe ich die Lampe dem Patienten in den Mund, nachdem ich vorher die metallenen Theile der Lampe aussen mit einem Tuche umwickelt habe, damit der Patient, wenn er mit den nassen Lippen dieselbe berührt, nicht einen electrischen Schlag bekomme, was hier am Kopfe bedenklich werden könnte. Lässt man dann die Lampe erglühen, so sieht man das ganze Gesicht bis zu den Augen durchleuchtet.

Ich werde Ihnen, m. H., auch den Nutzen und den Effect dieser Durchleuchtung gleich an einem Patienten demonstriren, welcher folgendes Leiden darbot: Ein Former, 22 Jahre alt, bekam vor 4 Jahren eine Anschwellung der linken Backe, d. h. des Oberkiefers, und ebenso wölbte sich der harte Gaumen, linkerseits, nach der Mundhöhle hin, vor, zugleicher Zeit fand sich in der linken Nasenhöhle ein Tumor ein. Als mich Patient aufsuchte, erschien der Tumor in der Nase roth, fleischartig aussehend, und ich glaubte sicherlich, ein Sarcom vor mir zu haben, welches im Antrum Highmori sich gebildet und die Wände desselben nach allen Seiten auseinander getrieben habe, wie ich solchen Fall vor einiger Zeit an Geheimrath Dr. Fischer gewiesen und welchen er in meinem Beisein operirt hatte. Es hatte das ganze linke Antrum ausgefüllt, das Auge hervorgetrieben, war in die linke Nasenhöhle gedrungen und wurde von Fischer durch die Resection und Auskratzen entfernt, so dass Patient noch einige Jahre ein leidliches Dasein vollführte und als Bureaubeamter fungiren konnte, bis das Leiden auch rechterseits auftrat und Patient an Marasmus zu Grunde ging. Gerade solches Leiden glaubte ich vor mir zu haben und wollte deshalb auch gleich den Patienten in die chirurgische Klinik schicken; Patient hatte nun aber nicht Lust, die Resection an sich machen zu lassen, und so machte ich einen Versuch mit der Electrolyse, zunächst den Tumor in der Nase zu zerstören. Ehe ich dieses ausführte, wollte ich prüfen, wie der Tumor sich bei der Durchleuchtung verhalte und führte deshalb eine kleinere Edison'sche Lampe, als ich sie für den Kehlkopf gebrauche, dem Patienten in den Mund, und war nicht wenig erstaunt und verwundert, die Nase und den Tumor völlig durchleuchtet zu sehen, glaubte aber trotzdem, noch ein Sarcom vor mir zu haben, weil sich der Tumor in der Nase beim Einstechen meiner electrolytischen Gabel so anfühlte; ich musste fest und derb einstechen. Als am dritten Tage Patient zu mir kam, sagte er, es wäre in der Nacht in der Nase etwas aufgegangen und die herausgeflossene Flüssigkeit habe beinahe das Bette überschwemmt. Ich sah

Digitized by Google

nun, dass die Electrolyse in den Tumor der Nase ein Loch gemacht hatte, so gross, dass ich den kleinen Finger einschieben und deutlich in das Antrum Highmori hinein sehen konnte. Es war somit ganz klar, dass ich es mit einem Empyem oder Cyste des Antrum zu thun hatte, und nun war es auch erklärlich, warum der Tumor durch die Glühlampe so durchleuchtet worden war; weil nämlich der Inhalt des Antrum und des vermeintlichen Tumor eine Flüssigkeit war, welche das Licht hindurchlässt.

Sie sehen hier, m. H., den Patienten, und zugleich, wie die Lampe vom Munde aus das ganze Gesicht bis zu den Augen und die Nasenhöhle durchleuchtet, und zwar auf der linken, kranken Seite in grösserer Ausdehnung, als rechts, weil nun hier ein grosser pneumatischer Raum entstanden ist in Folge des sehr ausgedehnten Antrum Highmori. Sie sehen ferner, dass ich jetzt auch durch die gemachte Oeffnung in dem Tumor der Nase mit dieser kleineren Edison'schen Lampe in das Antrum Highmori eingehen kann (s. Fig. 47 und 48 meiner „Nasen- und Nasenrachen-Krankheiten") und wie hierbei dasselbe und die ganze Mundhöhle durchleuchtet ist. Das vermeintliche Sarcom in der Nase war die untere, bereits etwas degenerirte Muschel, die bis an die gegenüberliegende Wand der Nasenhöhle, nämlich bis an das Septum nasi vorgedrängt und mit demselben verwachsen war.

Ich führe Ihnen nun hier ein junges Mädchen vor mit normalem Halse, wo Sie die Durchleuchtung auf das allerdeutlichste und prachtvollste sehen und jede geringe Abnormität im Kehlkopf beobachten würden, wenn eine solche vorhanden wäre. Sie sehen mit grösster Deutlichkeit jede Bewegung der Stimmbänder und wie diese vollkommen durchleuchtet sind.

Ich führe Ihnen hier ferner ein anderes junges Mädchen vor, welches eine Struma besitzt, und Sie sehen, dass auch bei diesem der Kehlkopf vollkommen durchleuchtet ist, da, wenn die Struma nicht allzugross ist, der Kehlkopf frei bleibt.

Ich führe Ihnen ferner einen 10jährigen Knaben vor, der, wie Sie sehen, so colossale Hypertrophie der Mandeln hat, dass dieselben beim weiten Oeffnen des Mundes sich in der Mitte beinahe berühren. Da nun in allen Fällen bei der Laryngoscopie der Kehlkopfspiegel hinter die Tonsillen bis an die hintere Rachenwand geführt werden muss, so bleibt vom Spiegel nur ein Segment in Sicht; dieses kann also auch nur unvollkommen den Kehlkopf erleuchten, wie jeder kleine Spiegel. Dagegen kann man auch in einem kleinen Spiegel (und ein solcher ist ja jenes Segment nur) einen grösseren Raum übersehen, und so vermögen Sie hier bei der Durchleuchtung des Kehlkopfes alle Theile vollkommen durchleuchtet zu überblicken.

Damit man nicht den Einwand mache, dass nur beim weiblichen Geschlecht und Kindern, wegen der grösseren Zartheit der Halsgebilde, die Durchleuchtung gelinge, so habe ich hier einen Mann mit Vollbart mitgebracht, der sich nicht leicht laryngoscopirt, und auch bei diesem sehen Sie den Kehlkopf prächtig durchleuchtet.

Ich bin überzeugt, dass diese meine Durchleuchtungsmethode noch eine viel weitere Verwendung finden wird, so vielleicht auch für das Auge, da man, meines Wissens, nicht alle Regionen des Auges mit dem Augenspiegel beobachten kann, z. B. den Ciliarkörper nicht. Ferner wird

Digitized by Google

man sie können verwenden zur Durchleuchtung des Magens und des Uterus. Es wird nun zunächst darauf ankommen, entsprechende Instrumente resp. Lampen für die genannten Regionen zu construiren.

Was die Batterie zur Erzeugung des electrischen Lichtes betrifft, so kann ich nicht genug hervorheben, dass man eine sehr vollkommene besitzen muss, wenn man meine Experimente nachmachen und bei Misserfolgen nicht meiner Methode statt der unvollkommenen Batterie die Schuld geben will. Ein Minimum von Verstärkung des Lichtes ist für die Durchleuchtung schon von grösserem Belang! Der Kohlenfaden der Lampe muss stets weissglühend sein, wenn er eine genügende Durchleuchtung bewirken soll.

Ich habe verschiedene grosse Batterien versucht, die mir dennoch kein genügendes Licht lieferten, bis mir Instrumentenmacher Brade (hierselbst, Hummerei 31) diese Batterie herstellte, die mir vollkommen genügt. Ich kann daher nur diese empfehlen, und sind bei Brade auch alle die Lampen zu bekommen, die ich hier erwähnt habe.

Czermak giebt uns in seinem epochemachenden Werke „Der Kehlkopfspiegel" (Leipzig 1860, und 2. Aufl. 1863) einige Betrachtungen und Grundsätze, die ich auch für meine Methode und für mich in Anspruch nehme. Er sagt (l. c. 2. Aufl., Seite 3): „Ich kam aber sofort auf den Gedanken, die einfache Garcia'sche Methode dadurch wesentlich zu vervollkommnen, dass ich den Augenspiegel als Reflector benutzte, wodurch es mir gelang, auch künstliche Beleuchtung mit Erfolg anzuwenden und die Kehlkopfspiegelversuche von Tageszeit und Witterung unabhängig zu machen. Vermittelst dieser meiner Methode, welche jetzt allgemein (auch von Herrn Türck selbst) in Gebrauch gezogen wird, und ohne welche die Laryngoscopie ein „todtgeborenes Kind" geblieben wäre, gewann ich alsbald die feste Ueberzeugung von der grossen Leistungsfähigkeit des Kehlkopfspiegels als Explorationsinstrument."

Ebenso sage ich, dass die Durchleuchtungsmethode „ein todtgeborenes Kind" geblieben wäre, wenn ich sie nicht durch meine Methode lebensfähig gemacht hätte, und ich habe ebenso die feste Ueberzeugung von dem grossen Werthe derselben als diagnostischen Hilfsmittels.

Czermak macht noch eine zweite Bemerkung, die ich ebenfalls für mich und meine Methode in Anspruch nehme. Er sagt (l. c.) in der Vorrede: „Ich erinnere einfach an das, was Dr. Locher (Die Erkenntniss der Lungenkrankheiten vermittelst der Percussion und Auscultation, Zürich 1853, pag. 52) sagt, nämlich: „Dass wir nicht Denjenigen als Erfinder im wahren und schönen Sinne des Wortes betrachten, welcher eine neue Idee zuerst fasst und theilweise ausführt, allein dieselbe ohne Ahnung von ihrer Tragweite auf sich beruhen lässt, sondern vielmehr Denjenigen, welcher eine neue Idee, mag solche vielleicht ursprünglich bereits anderswo ausgesprochen worden sein, zur Geltung, zur allgemeinen Anordnung und zur eingreifenden practischen Verwerthung verhilft."

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Verhandlungen der otiatrischen Section der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Köln, 1888.

Eröffnung der Section und Begrüssung der Mitglieder durch den Einführenden Dr. Keller.

1. Sitzung.

Vorsitzender: Dr. Keller.
Schriftführer: Dr. Fleck.

1) Dr. Katz (Berlin): über Conservirung und microscopische Untersuchung des inneren Ohres. K. zeigt eine Reihe wohlgelungener microscopischer Labyrinth-Präparate vom Menschen und kleineren Thieren und schildert seine von den üblichen abweichende Methode der Präparation. Das durch queres Anfeilen durch den Meatus int. mit Schonung von Acust. und Facialis geöffnete Präparat wird in 0,5 pCt. Osmiumsäure 10 Stunden hindurch gelegt, später Chromessigsäure (1 pCt. Chromsäure und 2 pCt. Essigsäure) zugesetzt, nach 4 Tagen letztere erneuert und die Präparate wiederum 4—8 Tage darin belassen. Durch diese primäre Erhärtung wird die Conservirung am sichersten erreicht. Sodann wird bei Präparaten vom erwachsenen Menschen in 10procentiger, von kleineren Thieren in 1—2procentiger Salpetersäure entkalkt. K. betont, dass bei Präparaten, welche längere Zeit in Müller'scher Flüssigkeit oder Spiritus gelegen, von einer völligen Erhaltung des Corti'schen Organs keine Rede mehr sein könne; er fordert Section in den ersten 8 Stunden, aber auch nach 24 Stunden können noch befriedigende Resultate bei sofortiger zweckmässiger Conservirung erzielt werden. — In der Discussion empfiehlt Dr. Barth (Berlin) vor der Entkalkung in Celloidin einzubetten. Docent Dr. Rohrer (Zürich) berichtet von guten Resultaten bei Präparation des Labyrinths kleinerer Thiere durch Fixiren und Decalciniren in einer Mischung von Milch- und Osmiumsäure.

2) Dr. Barth (Berlin): zur Anästhesie bei kleineren chirurgischen Eingriffen. B. betont, dass bei längerer Application von Cocain bald Gewöhnung an dasselbe eintritt, sowohl in Bezug auf die Anästhesie als auch auf die Anfangs zu constatirende Abschwellung intumescirter Gewebe. Er empfiehlt Zwecks localer Anästhesie bei kleineren Operationen die von Wagner angegebene electrische Cataphorese von Cocain. Ebenso hat sich die Hypnose dem Autor in mehreren Fällen als schmerzbeseitigendes Hilfsmittel gut bewährt. — Dr. Krakauer (Berlin) und Prof. Dr. Guye (Amsterdam) haben ebenfalls nur geringe oder gar keine Erfolge vom Cocain, wenn dasselbe zur Beseitigung chron. Schwellungszustände von Schleimhäuten angewandt worden war, gesehen und gebrauchen dasselbe nur als Anästheticum. G. warnt speciell vor zu oft wiederholter Application wegen der Gefahr der Cocainvergiftung und Cocainomanie.

3) Dr. Krakauer (Berlin): über Heilung eines Falles von Taubheit durch Hypnose. Eine 34jähr., mit hysterischen Krämpfen behaftete Frau wurde nach einem heftigen Anfalle völlig taub. Nach mehreren Wochen

Digitized by Google

stellte sich, gelegentlich einer wegen Colikanfalles gemachten subcutanen Morphiuminjection, die von Erbrechen gefolgt war, wieder normales Gehör, jedoch nur für wenige Tage ein. Die Untersuchung der Ohren ergab keinen wesentlichen krankhaften Befund. Zweimalige Hypnotisirung der Patientin brachte völlige Heilung der Taubheit, wesentlichen Nachlass der Krämpfe. Die einschlägige Literatur wird erwähnt.

2. Sitzung.

Vorsitzender: Professor Dr. Guye.

4) Docent Dr. Rohrer (Zürich): über die Pathogenität der Bacterien bei eitrigen Processen des Ohres. R. machte Uebertragungsversuche mit Reinculturen von Bacillen und mit in sterilisirter Bouillon emulgirtem, der Paukenhöhle entnommenem Eiter mittelst Injection in die Ohrvenen und Paukenhöhle von Kaninchen und in die Bauchhöhle von Meerschweinchen. Die Versuche ergaben bezüglich der Pathogenität der Bacterien ein negatives Resultat. Mit Reinculturen von Coccen wurde nicht experimentirt, da die Pathogenität derselben feststeht. Bemerkenswerth ist das Fehlen von Bacillen bei nicht fötidem Secret, wobei nur Coccen gefunden wurden.

5) Dr. A. Hartmann (Berlin). I. Vorlegung von Präparaten mit den bei Perforation der Shrapnell'schen Membran auftretenden Veränderungen in der Paukenhöhle. Es fand sich unter 5 Präparaten drei Mal der als Kuppelraum bezeichnete obere Theil der Paukenhöhle durch Membranen in der Höhe des Hammerhalses abgeschlossen, nach vorne bis über die tympanale Tubenöffnung, nach hinten bis zur unteren Wand des Einganges zum Warzenfortsatz; hierbei kann also eine Ausspülung der eingedickten Secrete in dem erkrankten oberen Paukenhöhlen-Abschnitte nicht durch die Tuba, sondern durch eingeführte Paukenröhrchen erwartet werden. In einem anderen Falle bestanden neben einer Narbe in der Shr. Membran membranöse Stränge zwischen Hammer-Amboss und der äusseren Wand des Kuppelraumes, so dass zwischen denselben ein nach oben offener Gang verblieb, der mit einem Exsudatpfropf verstopft war. H. betont die Nothwendigkeit, behufs Ausführung der Kessel'schen Operation (Entfernung von Trommelfell und Gehörknöchelchen), die in diesen Fällen bestehenden Adhäsionen vorerst ausgiebig zu lösen.

II. Ueber Empyem der Oberkieferhöhle. R. erwähnt eine, fast in der Hälfte der Fälle beobachtete Vorwölbung der nasalen Wand der Oberkieferhöhle gegen die mittlere Muschel hin, so dass man bei der Inspection gleichsam eine zweite, nach aussen gelegene Muschel zu finden glauben könne; beim Eindringen mit der Sonde gelangt man von hier aus in die Oberkieferhöhle. Prof. Walb (Bonn) bemerkte hierzu in der Discussion, dass er diese, von H. als Vorwölbung der Oberkieferhöhlenwand angesehene Geschwulstbildung als ein Granulationspolster betrachte, welches von der nasalen Oberkieferwand der mittleren Muschel entgegenwachse und schliesslich nur eine schmale Lücke zwischen sich und der Concha frei lasse, aus welcher der Eiter heraustrete. — Hartmann bezieht manche Fälle von Stirnkopfschmerz bei Empyem des Antrum Highm. auf gleichzeitiges Empyem der Stirnhöhle, bedingt durch Verstopfung ihres Ausführungsganges in Folge Vorwölbung und entzündlicher Schwel-

Digitized by Google

lung im Bereiche des Hiatus semilunaris; durch Heilung des Empyems der Oberkieferhöhle gelingt auch die Beseitigung der Eiterbildung und Retention in der Stirnhöhle. — Von 32 Fällen von Empyem der Highmorshöhle konnten 23 durch Ausspülung vom mittleren Nasengange aus mittelst eingeführter Röhre geheilt werden, bei den übrigen wurde die Eröffnung vom Alveolarfortsatze aus vorgenommen; auch H. sieht die Caries der Zähne als fast ausschliessliches ätiologisches Moment für die Eiterung der Oberkieferhöhle an.

In der Discussion räth Dr. Truckenbrod (Hamburg), welcher die Sondirung der Stirnbeinhöhle verhältnissmässig leicht erklärt, bei Eiterung jedoch die Schwierigkeit der Untersuchung betont, da es sich nicht um eine einzige, sondern um ein System von Zellen mit unvollständigem oder völlig fehlendem Abflusse nach der Nase handle, zur Eröffnung der Stirnhöhle von aussen her, während Dr. Kassnitz (Carlsruhe) zunächst Ausspritzungen der Stirnhöhle mittelst der von ihm construirten Platinröhren empfiehlt, nachdem durch galvanocaustische Behandlung Zugang zur Höhle geschaffen ist. Dr. Krakauer fand in einem Falle operativer Eröffnung der Stirnbeinhöhle wegen Empyems den Ausführungsgang fast ganz geschlossen, Sondirung also unmöglich.

III. Ueber das Vorkommen von Oxyuren in der Nase. H. beobachtete einen Fall bei einem 13jähr. Mädchen; die Oxyuren scheinen hierbei in den Nebenhöhlen der Nase gesessen zu haben, da bei der Untersuchung die Nase selbst sich stets frei erwies, im Uebrigen aber Würmer in grosser Zahl abgingen und zwar unter heftigen Reizerscheinungen, epileptischen Krämpfen und psychischen Störungen. Die Behandlung bestand in Einspritzungen mit Sublimatlösung und Einpinselung von Mentholöl. Erst nach 9 Grmm. Antipyrin schwanden die nervösen Begleiterscheinungen.

6) Dr. Barth (Berlin): Demonstration einiger Präparate; unter Anderem eines Falles, bei welchem nach Ausstossung eines grösseren Schneckentheils die Stimmgabel vom Scheitel auf dem schneckenlosen Ohre gehört wurde. Dr. Jacobson (Berlin) führte in der Discussion verschiedene derartige Fälle aus eigener und fremder Erfahrung an, zu deren Deutung er nur 2 Annahmen gelten lässt: entweder percipiren noch die übrig gebliebenen Labyrinththeile resp. der Hörnerv der erkrankten Seite, oder die Untersuchung mittelst Stimmgabeltönen durch Kopfknochenleitung hat überhaupt keinen differenziell-diagnostischen Werth. Dr. Rohrer möchte das Hören der Stimmgabel auf dem schneckenlosen Ohre als Projection der Reizung des Acusticus von der gesunden Seite auf den Acusticus der erkrankten auffassen, analog dem Auftreten peripherer Sensationen in einem amputirten Extremitätenstumpfe.

7) Dr. Körner (Frankfurt): Zur Statistik der lethalen, intracraniellen Folgeerkrankungen der Felsenbeincaries. R. hat die von R. Meyer 1867 gemachte Angabe des häufigeren Vorkommens rechtsseitiger otitischer Hirnabscesse nachgeprüft und die Untersuchungen auf die durch Mittelohreiterungen und Felsenbeincaries entstandene Sinusphlebitis und eitrige Meningitis ausgedehnt; er kam dabei zu dem Resultate, dass in der That lethale Folgeerkrankungen häufiger bei den rechts- als linksseitigen Affectionen oben genannter Art vorkommen. Den Grund hierfür sucht Redner (mit Bezug auf die Felsenbeincaries) in dem tieferen

Digitized by Google

Eindringen der Flexura sigmoidea des Sinus transversus in den Warzenfortsatz und die Basis der Felsenbeinpyramide, und in der dadurch bedingten grösseren Nähe von Pauken- und Warzenhöhle einerseits, Sinus und Gehirn andererseits. In practischer Beziehung resultirt hieraus eine schlechtere Prognose für die rechtsseitigen Mittelohreiterungen, sowie die Vorsicht, im gegebenen Falle hierbei im Allgemeinen eher zur Operation zu schreiten.

8) Docent Dr. Jacobson (Berlin): Ueber otiatrische Statistik insbesondere in therapeutischer Beziehung. Der Vortragende macht auf die sich vielfach widersprechenden Ergebnisse der otiatrischen Statistik aufmerksam, welcher Uebelstand durch den Mangel einheitlicher, zu Grunde gelegter Gesichtspunkte verursacht werde, und macht darauf bezügliche Reformvorschläge, bei welchen er durch Dr. Kirchner und Rohrer unterstützt wird; letzterer schlägt vor, der Section im nächsten Jahre durch eine hierzu zu wählende Commission einen bestimmt ausgearbeiteten Vorschlag vorzulegen.

9) Prof. Weber-Liel (Mallendar) demonstrirte einen Rarefactor zur Entlastung der Circulationsverhältnisse im Mittelohr und Labyrinth.

(Schluss folgt.)

Lehrbuch der Ohrenheilkunde mit besonderer Rücksicht auf Anatomie und Physiologie. Von Prof. Dr. Josef Gruber. Zweite Auflage. Wien 1888. Verlag von Carl Gerold's Sohn. Besprochen von Dr. L. Guranowski in Warschau.

Die zweite Auflage des im Jahre 1870 erschienenen Lehrbuches von Prof. Gruber hat nicht nur eine Vergrösserung des Umfangs erfahren, sondern ist, was den Inhalt anbetrifft, vollständig umgearbeitet und bedeutend vermehrt worden. Der, auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde rühmlichst bekannte Herr Verfasser hat sich bemüht, entsprechend den eminenten Fortschritten, welche die Ohrenheilkunde in den letzten Decennien erfahren hat, die neuesten sowohl theoretischen wie auch practischen Ergebnisse in sein Werk aufzunehmen und, gestützt auf seine reiche clinische Erfahrung, auch kritisch zu beleuchten. — Einzelne Capitel sind ganz neu, die anderen verbessert oder auch vollständig umgearbeitet worden. Wir können dreist behaupten, dass die 2. Auflage des Gruberschen Lehrbuches uns ein vollständiges Spiegelbild von dem jetzigen Stande unserer Doctrin giebt und in die Reihe der besten Handbücher der Ohrenheilkunde gezählt werden kann.

Die Ausstattung des Werkes ist eine musterhafte. Die Zahl der dem Text beigegebenen Holzschnitte ist auf 150 gestiegen, die in den 2 chromolithographischen Tafeln gezeichneten Abbildungen sind in künstlerischer Weise ausgeführt und bilden das Schönste und Beste, was überhaupt in dieser Art erschienen ist.

Das Werk zerfällt in 3 grosse Theile. Der erste Theil umfasst die Anatomie und Physiologie des Gehörorgans, der zweite bildet den allgemeinen und der dritte den speciellen Theil.

Der anatomische Theil, welcher auf 120 Seiten abgehandelt wird, enthält die Anatomie sammt Histologie des Gehörorgans und ist in einer Vollständigkeit verfasst, welche ein specielles Werk über die Anatomie

Digitized by Google

des Ohres überflüssig macht. Ueberall sind Bemerkungen über die Beziehungen der anatomischen Verhältnisse auf die Verbreitung der pathologischen Vorgänge eingeschaltet — ein Vorzug des Gruber'schen Lehrbuches, welcher für den Anfänger nicht hoch genug angeschlagen werden kann. Eigene Untersuchungen des Verfassers werden ausführlich beschrieben. Die neuesten Untersuchungen von Schwalbe und Retzius sind in gedrängter Form, namentlich bei der Beschreibung des Labyrinthes, wiedergegeben, und mit ausgezeichneten Holzschnitten meist nach Retzius illustrirt. Der Ursprung und die centralen Verbindungen des Acusticus sind nach S. Freund skizzirt worden. Die Physiologie des Gehörorganes, welche noch zur Zeit sehr im Argen liegt, wird auf einigen Seiten abgehandelt und ist im Vergleich mit der ersten Auflage um die Physiologie des Labyrinthes erweitert worden. Da der anatomische Theil gewissermassen eine Einleitung zum Studium der Ohrenheilkunde bildet, so würde unserer Meinung nach sehr am Platze sein, wenn uns der Verfasser Einiges über die Präparationsmethoden des Gehörorgans in Kürze angeben möchte.

Den zweiten grossen Theil bildet der allgemeine Theil und beginnt mit dem Capitel Krankenexamen.

Hier findet der Leser eine Fülle von practischen Winken, wie beim Krankenexamen vorzugehen, wie die subjectiven Klagen des Kranken zu beurtheilen und welche Schlüsse daraus zu ziehen sind. Die objective Untersuchung nach den verschiedenen Hörprüfungsmethoden wird recht ausführlich abgehandelt. Hier finden wir Näheres über die Untersuchung mit der Uhr, welche Gruber als den constantesten unter den zur Zeit bekannten Hörmessern bezeichnet, über die Untersuchung mit den Stimmgabeln und über die Untersuchung des Gehörs auf das Sprachverständiss. Neu sind in diesem Capitel die Angaben über einige neuere Hörversuche, d. h. den Weber'schen, Rinne'schen, Gelle'schen und den von Gruber empfohlenen Versuch.

Auf Seite 160 werden einige seltener vorkommende Höranomalien beschrieben. Die Hyperacusis erklärt der Verfasser mit der Thatsache, dass ein gereizter sensibler Nerv schon bei einem geringfügigen Reiz heftigen Schmerz empfindet, während ein normaler Nerv davon nicht afficirt wird. Was die Diplacusis anbetrifft, so glaubt Gruber, dass dieselbe nicht nur von Veränderungen der Membrana basilaris der Schnecke abhängen kann, sondern dass auch Störungen im Schallleitungsapparate einen Einfluss bei der Entstehung der Diplacusis ausüben können.

Von der Hyperacusis Willisii sagt Verfasser: „Nach meiner Erfahrung muss ich leider gestehen, dass mich keine der bis jetzt bekannt gewordenen Erklärungsweisen vollkommen befriedigt. Ich muss vielmehr annehmen, dass die Ursache der Hyperacusis Willisii in mehreren zufällig in einem Ohre zusammentreffenden, theils physiologischen, theils pathologischen Vorkommnissen gesucht werden müsse, die es mit sich bringen, dass auf die Einwirkung äusserer starker Impulse ein besseres Leitungsvermögen zu Stande kommt.“ In der Paracusis loci findet der Verfasser nichts Auffallendes und soll dieselbe bei verschiedenen Krankheiten des Ohres vorkommen und nach kurzer Zeit schwinden. In den nächsten Capiteln wird die objective Untersuchung, welche in eine oculare, auscultatorische und tactile eingetheilt wird, besprochen. Die vom Ver-

Digitized by Google

fasser empfohlenen Ohrtrichter werden von Neusilber oder Hartkautschuk gefertigt. Die letzteren werden nur bei der Application von Arzneimitteln angewandt, welche Metalle angreifen. Sonst werden nur Metalltrichter benutzt und sollen vor den Hartkautschuktrichtern die Vortheile einer grösseren Dauerhaftigkeit haben und besseres Licht gewähren. Statt der vom Verfasser benutzten Ohrpincette möchten wir diejenigen mit gekreuzten Branchen, namentlich bei Manipulationen in der Tiefe des Gehörorgans, vorziehen, da dieselben viel weniger Raum einnehmen. Wir vermissen an dieser Stelle die Angaben über Wattetamponträger, welche bei der Reinigung der in der Tiefe angesammelten Secrete ein unentbehrliches Instrument bilden und durch die Pincette nicht ersetzt werden können. Die zur Untersuchung benutzten Lichtquellen und die electrischen Beleuchtungsapparate werden beschrieben. Der Siegle'sche Trichter sowie die Modification desselben, welche vom Verfasser herrührt, die Ohrloupe von Voltolini und der Demonstrationstrichter von Grünfeld werden durch Abbildungen erklärt. Die Untersuchung der Mundhöhle, die Rhinoscopia anterior und posterior, soweit dieselben für die Diagnose der Ohrenkrankheiten unentbehrlich sind, werden auf den folgenden Seiten abgehandelt und die Beschreibung der zur Untersuchung erforderlichen Instrumente beigefügt.

Die verschiedenen Arten der Luftdouche wurden vom Verfasser sehr ausführlich beschrieben und die Vortheile wie auch die Schattenseiten jeder dieser Methoden critisch beurtheilt. Gruber wendet fast ausschliesslich Metallcatheter an und hebt die Vortheile derselben im Vergleich mit den Hartkautschukcathetern hervor. Die Manipulation des Catheterismus wurde vom Verf. recht klar auseinandergesetzt und zur leichteren Uebersicht ein Schema gezeichnet, welches die 5 Momente, welche beim Catheterismus in Betracht kommen, versinnlicht.

Die Loewenberg'sche Methode hält Gruber für manche Fälle anwendbar, für Anfänger empfiehlt er sie nicht. Für das Politzer'sche Verfahren (es soll wohl heissen für die Luftdouche ohne Catheter) benutzt Verfasser ein Ansatzstück, welches nach Art eines Catheters gestaltet, aber kürzer ist, und in den Ballon eingeschraubt werden kann. Um Verletzungen der Nasenschleimhaut und mögliche Infection zu verhüten, werden die von Loewenberg empfohlenen elastischen Schutzröhrchen aufgesetzt. Das Wasserschlucken beim Politzer'schen Verfahren wird als höchst unangenehm für den Kranken geschildert. Das Verfahren von Lucae soll sich namentlich für die Behandlung von kleinen Kindern bewährt haben. Das vom Verfasser angegebene Verfahren wird ohne Wasserschlucken geübt, was für den Kranken viel angenehmer ist; das Hineinpressen der Luft in das Mittelohr geschieht unter einem mässigeren Druck wie beim Politzer'schen Verfahren. Die Druckwirkung selbst kann länger angehalten werden, als während des kurzen Schlingactes. Verfasser giebt zu, dass das Politzer'sche Verfahren noch in Fällen gelingt, wo sein oder das Lucae'sche Verfahren ein negatives Resultat ergeben, es kommen aber auch Fälle vor, wo das umgekehrte Verhältniss stattfindet. Die Nachtheile aller dieser Surrogate des Catheterismus bestehen aber darin, dass sie zu diagnostischen Zwecken nicht immer ausreichen, und dass die Luftdouche sehr oft auf das kranke Ohr nicht localisirt werden kann.

Digitized by Google

Zum Schluss dieses inhaltreichen Capitels wird die Bougirung der Tuba Eustachii beschrieben.

In dem Capitel „Allgemeine Therapie der Ohrenkrankheiten“ wird die Manipulation der Ausspritzung des Gehörorgans beschrieben und auf die dabei zu beobachteten Cautelen aufmerksam gemacht. Profuse Blutungen aus dem Ohre sollen eine Contraindication für die Anwendung von warmen Flüssigkeiten abgeben. Wir glauben, dass nach den Ergebnissen der neueren Untersuchungen und diesen Fällen eher heisse als kalte Einspritzungen in Anwendung kommen sollten. Die Anwendung flüssiger Heilmittel auf dem Wege des äusseren Gehörgangs und die Einspritzungen flüssiger Substanzen durch die Tuba Eustachii unter Benutzung des Catheters oder nach der vom Verfasser angegebenen Methode ohne Zuhilfenahme des Catheters, werden ausführlich auf den nächsten Seiten abgehandelt. Die vom Verfasser zu den Einspritzungen benutzte Spritze ist auf Seite 240 abgebildet. Wir vermissen die Angaben über die Temperatur der zur Einspritzung verwandten Flüssigkeit. Das vom Verfasser empfohlene Verfahren wird sehr ausführlich geschildert und auf die dabei nöthigen Vorsichtsmassregeln bei der Ausführung desselben, wie auch die eventuellen üblen Folgen aufmerksam gemacht. Dieses Verfahren hat aber dieselben Schattenseiten, welche alle anderen Verfahren ohne Benutzung des Catheters zeigen.

Es kann nämlich, wie Verf. hervorhebt, schwerlich auf ein Hörorgan localisirt werden, und deshalb soll es nur geübt werden, wenn die Einwirkung auf beide Hörorgane stattfinden soll.

Der Versuch, die Flüssigkeit blos auf eine Tuba zu localisiren, ist vom Verfasser gemacht und ein besonderes Verfahren beschrieben worden. Gruber giebt aber selbst zu, dass dieses Verfahren nicht immer gelingt.

Die Einspritzungen unter Benutzung des Weber-Liel'schen Paukenhöhlen-Catheters sowie auch die Methode der Einspritzung und die dazu nöthigen Instrumente sind zum Schluss dieses Capitels beschrieben.

Der dritte specielle Theil ist am ausführlichsten abgehandelt, und bildet die eigentliche Pathologie des Gehörorgans.

Die Krankheiten der Ohrmuschel und des äusseren Gehörgangs werden durch das Capitel Bildungsfehler eingeleitet. Die Missbildungen des Ohres werden durch zahlreiche eigene und fremde Casuistik, wie auch durch sehr instructive Abbildungen illustrirt. Die Verletzungen, Verbrennungen und Erfrierungen der Ohrmuschel werden in Kürze besprochen. Das Othämatom hat Verfasser ausschliesslich an der vorderen Fläche der Ohrmuschel beobachtet. Die Therapie soll bei diesem Leiden eine rasche Entfernung des Blutes bezwecken, bei Neigung zur Hyperplasie mit Deformität soll methodische Massage geübt werden. Gleich nach dem Entstehen des Othämatoms hat Gruber von der Massage keine günstigen Resultate gesehen. Herpes kommt auch als Herpes auricularis idiopathicus wenn auch selten, vor. Die Affection wird in Zusammenhang mit Erkrankungen des Nervus temporalis superficialis und des Nervus auricularis magnus gebracht. Von der Eröffnung der mit Eiter gefüllten Blasen hat Verfasser bei Schonung der Epidermis keine üble Folgen gesehen. Das Eczem des äusseren Ohrtheils wurde ausführlich abgehandelt, und in der Therapie sind die neuesten gegen dasselbe empfohlenen Mittel berücksichtigt worden. Bei den im Verlaufe von acuten Exanthemen

Digitized by Google

vorkommenden Efflorescenzen an der Ohrmuschel und äusserem Gehörgange wird vor Ausspritzungen gewarnt. Die Perichondritis auriculae sollte etwas ausführlicher besprochen und auf die Therapie des Leidens hingewiesen werden. Es wäre interessant, die Meinung des Verfassers über diesen Gegenstand zu hören.

Das Capitel Otitis externa ist vom Verfasser gänzlich umgearbeitet worden und die neuesten Untersuchungen in ausgedehntem Masse berücksichtigt worden. Die Aetiologie des Furunkels ist ausführlich besprochen. Die Otitis externa parasitica wird mit 4 Zeichnungen von Aspergillusarten illustrirt und die Literatur des Gegenstandes erschöpfend abgehandelt. Die neuesten Untersuchungen von Kirchner, Loewenberg und Rosenbach werden mitgetheilt. Die von Politzer, als eine besondere Krankheitsform beschriebene Otitis haemorrhagica will Gruber nicht zugeben, und hält sie vielmehr als ein Symptom der Otitis externa, ebenso wie eine Hämorrhagie bei Entzündungen anderer Organe. Auf die Ausbreitung der Entzündung durch normale und anormale anatomische Verhältnisse wird hingewiesen. Zu diesen gehören die Incisurae Santorinianae und dadurch Uebergreifen der Entzündung auf die Parotis und angeborene Spaltbildungen längs der oberen resp. hinteren Wand des äusseren Gehörganges. Diese letzteren bewirken eine Communication zwischen den Warzenzellen und dem Gehörgange, und wenn sich die Spalten auf das Tegmen tympani fortsetzen, auch eine Communication mit der Schädelhöhle. Wie leicht kann in solchen Fällen eine Verbreitung der Entzündung auf die Gebilde der Schädelhöhle entstehen und den letalen Ausgang bedingen. In der Therapie des Furunkels hat Gruber seine früheren Ansichten geändert. Wie bekannt, hat Verfasser schon im Stadio hyperaemiae des Furunkels ausnahmslos Scarificationen des Gehörgangs geübt. Zur Zeit werden dieselben fast nie, bevor Eiterung eingetreten ist, ausgeführt. Gruber behandelt die Furunkel ausschliesslich mit den von ihm in die Praxis eingeführten medicamentösen Gelatinpräparaten. Gegen die Schmerzen werden Amygdalae aurium mit Extr. Opii oder Morphium verordnet. Da in solchen Fällen einfache Bepinselungen des Gehörganges mit Cocainlösungen ausreichen, um die Schmerzen zu beseitigen, würden sich vielleicht Amygdalae mit Cocain zu diesem Zwecke besonders gut eignen. Die Empfehlung von Rosinen, Mandeln etc. als die Reifung der Abscesse beförderndes Mittel, sollte in der neuen Auflage keinen Platz finden. Bei drohender Entzündung der Parotis und des Periostes am Warzenfortsatze wird die Kälte in der Form des Leiterschen Apparates empfohlen.

Die Otitis externa diffusa wird als höhere Stufe desselben Prozesses geschildert, indem sich dieselbe auf die tieferen Parthieen des Gehörgangs wie auch auf das Trommelfell ausbreitet. Die Otitis externa desquamativa hält Verfasser für eine Varietät der diffusen Entzündung mit reichlicher Abschuppung der Epidermis.

Die Otitis externa crouposa und diphtheritica werden in Kürze abgehandelt. Die Otitis externa gangraenosa hält Verfasser nicht für so selten, wie dies angenommen wird, obwohl er diese Form bei Erwachsenen nie aus einer Otitis externa diffusa hervorgehen gesehen hat.

So wie schon in der ersten Auflage, ist auch in der zweiten namentlich das Capitel über Krankheiten des Trommelfells in classischer Weise ab-

Digitized by Google

gehandelt worden. Die Verletzungen des Trommelfells wurden durch zahlreiche eigene und fremde Casuistik erweitert. Die neuesten Publicationen über die durch Contre-coup zu Stande kommenden Trommelfellrupturen hat Verfasser neu hinzugegeben. Gruber weist und mit Recht darauf hin, dass nicht selten nach Verletzungen des Trommelfells eine Hörverbesserung auf dem betreffendem Ohre eintreten kann. Durch das Reissen von Adhäsionen oder Narben können für die Schallleitung günstigere Verhältnisse geschaffen werden. Die Therapie der Trommelfellrupturen soll eine exspectative sein und warnt Verfasser vor Ausspritzungen.

Die Myringitis wird in eine acute und chronische eingetheilt. Aetiologie, Verlauf, sowie der objective Befund der entzündeten Trommelfelle werden in klarer und ausgezeichneter Weise beschrieben. Die Veränderungen, welche am Trommelfelle zu constatiren sind, werden durch vorzügliche Abbildungen auf der Tafel I. erklärt.

In demselben Capitel werden auch die Perforationen des Trommelfells, das Zustandekommen derselben und die dabei nachweisbaren pathologisch-anatomischen Veränderungen abgehandelt. Verfasser glaubt, dass die Perforationen der Membrana Shrapnelli auch in Folge von primärer Myringitis entstehen können.

Die Bildung der Narben wird durch eigene Untersuchungen des Verfassers recht klar dargestellt.

Trockene Perforationen, Kalkablagerungen, Atrophie, Verdickung (Trübung des Trommelfells), alles Folgezustände der Myringitis, bilden den Inhalt der nächsten Seiten. Die Therapie soll bei der Myringitis, wie bei anderen Entzündungen, eine streng antiphlogistische sein. Also locale Blutentziehungen und Anwendung der Kälte auf die Gegend der Parotis und Processus mastoideus. Vor der Anwendung der Cataplasmen, ebenso von reizenden Einträufelungen im Beginn der Entzündung warnt Verfasser. Bei bestehender starker Hyperämie, trotz Anwendung der Blutegel, werden seichte Einschnitte in die Cutis in der nächsten Nähe des Trommelfells empfohlen. Verfasser hat nach solchen Scarificationen, die er mit einem Myringotom ausführt, eine bedeutende Abnahme der Schmerzen constatiren können. Auf Seite 338 sind die Instrumente für Operationen in der Tiefe des Gehörgangs abgebildet und erklärt. Die weitere Behandlung im Stadium der Exsudation soll nicht zu energisch sein, und reizende Einträufelungen erst nach dem Schwinden der Schmerzen und recht vorsichtig applicirt werden. Bei noch bestehenden Schmerzen werden vom Verfasser Einträufelungen von erwärmten indifferenten Flüssigkeiten angerathen. Gruber benutzt folgende Lösung: Acid. borici subtillissime pulv. 0,50, Aqu. destill. Glycerini āā 20,0, Tinct. Opii simpl. 0,5 bis 1,0. Noch in höherem Grade sollen die reizenden Einträufelungen beim Eintritt der Perforation contraindicirt sein. Den Einträufelungen zieht Verfasser Bepinselungen des Trommelfells mit Adstringentien vor. Auch von Gelatinpräparaten kann Gebrauch gemacht werden.

Die Resorption des Infiltrates, so wie das Vorbeugen von Verdickungen des Trommelfells werden durch Einreibung von Jodsalben in der Gegend des Warzenfortsatzes erzielt. Unguentum cinereum dürfte sich wohl nicht nur für Syphilitische zu diesem Zwecke eignen. Bei Eintritt von Perforation empfiehlt Verfasser die Luftdouche und soll sich zur Befreiung der Trommelhöhle vom Exsudat das vom Verfasser angegebene

Digitized by Google

Verfahren am besten eignen. Die Perforation schliesst sich gewöhnlich von selbst, im entgegengesetzten Falle können die Ränder mit Lapis geätzt werden, oder auch die Heilung durch das Auflegen eines künstlichen Trommelfells, welches mit einem Medicament bestrichen wird, unterstützt werden. Die Myringitis chronica wird als eine sehr langwierige Krankheitsform bezeichnet. Für die Zerstörung der polypösen Wucherungen empfiehlt Verfasser Argent. nitricum. Dasselbe soll weniger schmerzhaft und wirksamer sein, als das von Politzer empfohlene Ferrum sesquichloratum.

Als Folgezustände der Entzündungen im äusseren Ohrtheile werden partielle oder totale Defecte der Muschel, fistulöse Gänge in der Umgebung des Ohres, Stenosen und Atresien des äusseren Gehörganges in dem nächsten Capitel beschrieben. Bei Verengerung durch Hyperplasie der Weichgebilde wird die Compression mittelst in den Gehörgang eingeführter Drainröhren empfohlen. Auch von Bourdonnets, Pressschwammstückchen und Bougien aus Laminaria digitata wird Gebrauch gemacht. Bei durch Knochenmassen bedingten Atresien wird die Beseitigung derselben auf operativem Wege vorgenommen. Verfasser führt die Operation entweder mit kleinen Hohlmeisseln oder mittelst der Galvanocaustik aus. Die Galvanocaustik wird als einfacher bezeichnet, dabei soll man mit derselben leichter in der Tiefe operiren können und die Blutung eine geringere sein.

Die Behandlung der trockenen Perforationen mittelst des künstlichen Trommelfells ist ausführlich beschrieben worden. Die neuesten eigenen wie auch fremden Versuche, das künstliche Trommelfell zu vereinfachen und zu vervollständigen, werden mitgetheilt. Die Anfertigung des vom Verfasser empfohlenen Guttapercha- und Leinwandtrommelfells, so wie die Anlegung desselben kann vom Patienten selbst bewerkstelligt werden, und zeichnet sich dasselbe gegenüber anderen künstlichen Trommelfellen durch seine Billigkeit und Einfachheit aus. Ausserdem ist der Faden, welcher statt des gewöhnlich benutzten Leitungsdrahtes angebracht wird, nicht sichtbar. Die Wirkungsweise des künstlichen Trommelfells, so wie die Indicationen für die Anwendung desselben werden sehr detaillirt auseinandergesetzt. Das künstliche Trommelfell soll nach den Erfahrungen des Verfassers am meisten in Fällen von Perforationen am hinteren Segmente des Trommelfells, und zwar am hinteren oberen Quadranten, leisten. Diese Angaben des Verfassers werden wohl die meisten Ohrenärzte bestätigen können.

In Folgendem werden die Methoden, veraltete Perforationen mit überhäutetem Perforationsrande zur Heilung zu bringen, besprochen. Das Aetzen mit Lapis führt nicht zum Ziel. Verf. empfiehlt die Anwendung eines künstlichen Trommelfells aus Emplastrum anglicanum. Es soll damit künstlich eine Hyperämie und Entzündung der Perforationsränder bewirkt und die Heilung angeregt werden. Wenn damit kein Resultat zu erzielen ist, soll man nach Gruber ein Leinen-Trommelfell, welches mit einer Kali- oder Natron-Salbe imprägnirt wird, einführen. Zu diesem Zwecke kann auch eine Lapissalbe in Anwendung kommen. Manchmal hat Verf. durch das galvanocaustische Ausbrennen der Ränder günstige Resultate erzielt. Die Berthold'sche Myringoplastik mit der Haut als auch mit der Schalenhaut des Hühnereies wird ausführlich besprochen.

Digitized by Google

Verf. hat diese Methode bei 3 Kranken versucht, hat aber keine Erfolge gesehen, jedoch empfiehlt Gruber die weiteren Versuche. Referent hat mit der Schalenhaut des Hühnereies in manchen Fällen recht gute Resultate erzielt und ist zur Ueberzeugung gekommen, dass für das Gelingen der Transplantation eine strenge Auswahl der betreffenden Krankheitsfälle nothwendig ist.

Die Verdickungen des Trommelfells, welche circumscript und diffus auftreten, werden als Verdickungen der Epidermis, der Dermisschicht, dann Verdickungen sämmtlicher Schichten und Verdickungen der Schleimhautschicht unterschieden. Die Deposita calcaria werden ebenfalls zu den Verdickungen gerechnet und als kalkige Metamorphose von Entzündungsproducten aufgefasst. In einem Falle von verkalktem Trommelfell hat Verf. eine grosse Zahl Knochenkörperchen gefunden. Die subjectiven Erscheinungen, Verlauf und Therapie der Verdickungen wird kurz geschildert. Bei der Therapie wird auf den Nutzen der Luftdouche, wie auch der methodischen Verdünnung und Verdichtung der Luft hingewiesen.

Im nächsten Capitel werden die Neubildungen des äusseren Ohrtheils ausführlich beschrieben. Dieses Capitel ist gegenüber der ersten Auflage bedeutend vermehrt worden. Die Beschreibung der einzelnen Neubildungen, ihre pathologische Anatomie, Symptomatologie und operative Entfernung derselben werden recht übersichtlich und erschöpfend dargestellt. Bezüglich der interessanten Details und der recht zahlreichen Casuistik müssen wir auf das Original verweisen.

Die verschiedenen, im äusseren Gehörgange vorkommenden Fremdkörper, zu welchen auch die Ceruminalpfröpfe gerechnet werden, sind im Capitel X abgehandelt und mit zahlreichen interessanten casuistischen Beiträgen illustrirt worden. Bei der Behandlung wird vom Verf. vor den noch heut zu Tage vorgenommenen rohen Extractionsversuchen gewarnt. Die kunstgerechte Ausspritzung führt in den meisten Fällen zum Ziel. Bei den in der Tiefe (Trommelhöhle) eingekeilten Fremdkörpern wird die vor der Einspritzung als Vis a tergo geübte Compressionspumpe gerühmt. Auch soll eine vorangehende Luftverdünnung die Ausspritzung erleichtern. Ausspritzungen in der Rückenlage bei etwas nach hinten überhängendem Kopfe erweisen sich in manchen Fällen als wirksam. Die von Loewenberg empfohlene Agglutinationsmethode wird mit Schwartze als zeitraubende Spielerei bezeichnet. Wir vermissen die Erwähnung von Contraindicationen für die Ausspritzungen von Fremdkörpern. Als solche gelten die Köpfchen der Notizbleistifte, wenn die Oeffnung derselben nach aussen gerichtet ist und die Fälle von bestehenden Trommelfellperforationen, wenn die Ausspritzung Schwindel erzeugt. Auch ist der Einspritzungen per tubam bei tief eingekeilten Fremdkörpern, natürlich bei bestehender Perforation, nicht erwähnt. Auf S. 400 wurde die vom Verf. zur Extraction von Fremdkörpern empfohlene Krückenpincette abgebildet und beschrieben. Wenn der Fremdkörper auf keine Weise entfernt werden kann, und die Entfernung desselben doch dringend geboten ist, so muss zur Operation geschritten werden. Die Methoden von Tröltsch und Moldenhauer werden kurz beschrieben. Bei in der Trommelhöhle eingekeilten Fremdkörpern sollte nach der Meinung des Verfassers der knöcherne Gehörgang durch Wegnahme der Knochensubstanz an seiner hinteren Wand erweitert werden. (Schluss folgt.)

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Ueber die Pathogenese des Heuasthma's. (Sur la pathogénie de l'asthme de foin.) Von Dr. Lermoyez. (Annales des mal. du larynx No. 3, 1888.)

Verf. behauptet, man sei mit der Zahl der Neurosen, welche als Reflexneurosen, von Nasenleiden ausgehend, zu betrachten seien, viel zu weit (namentlich in Deutschland und Amerika) gegangen. Der Zusammenhang zwischen Heuasthma und Nasenleiden ist jedoch nicht zu läugnen, obschon man auch diesen Zusammenhang zu oft blindlings annimmt; man muss aber als Heuasthma nur jene periodischen, regelmässig wiederkehrenden Anfälle, also nicht diese zufälligen, von einem ebenfalls zufälligen Nasenleiden herrührenden Anfälle bezeichnen; hält man diese Sonderung fest, so findet man, dass diese regelmässigen Anfälle in Folge von Gräserpollen, Gerüchen, z. B. der Rosen, auftreten; diese sind Nasenreflexe, herkommend von dem periodischen, vasomotorischen Schnupfen (John Mackenzie). Dieses fatale, regelmässige Auftreten des Heuasthma ist sein Hauptcharacter und Verf., im Einklang mit Leflaive's jüngst erschienener Broschüre, schlägt vor, die Krankheit als „jährliche Rhinobronchitis" (rhinobronchite annuelle) zu bezeichnen; sie kann unter 2 Bildern auftreten: Das erste, das häufigste, kann man die Augennasenform (oculonasale) und das zweite, eine Steigerung des ersten, die augennasen-thoracische Form (oculonasothoracique) nennen. Vor einem Anfall, wenn man die Harnanalyse macht, findet man starke Zunahme der Harnsäure (welche während des Anfalles viel abnimmt) und Indican. Dr. Leflaive erklärt nun das Zustandekommen dieses Harnsäureüberschusses, findet aber keine Erklärung für die Gegenwart des Indican. Bei Weitem die meisten Asthmatiker sind gichtig und arthritisch; die echten Asthmaanfälle sind also der Ausdruck der arthritischen und gichtischen Diathese (!); da der Anfall als eine Gabe der Natur zu bezeichnen ist, wodurch die Ausscheidung der Harnsäure bewerkstelligt und schlimme innere Zufälle vermieden werden, soll man die asthmatischen Anfälle nicht bekämpfen (!). Verf. sucht die Periodicität der Anfälle durch das allmählige Anhäufen der Harnsäure im Blute zu erklären. Nicht die Pollenkörner seien die Urheber des Anfalles, wohl aber meteorologische Momente; unter diesen ist es nicht das Licht, nicht die Hitze, wohl aber gewisse chemische Strahlen des Sonnenspectrums, welche einen grossen Einfluss auf das Leben der Pflanzen und Thiere ausüben; unglücklicher Weise aber sind diese Effecte so wenig bekannt, dass man ihren Einfluss auf Heuasthma nicht recht erklären kann; man kann blos sagen, dass die „Maisonne" der Hauptfactor in dem Entstehen der asthmatischen Anfälle ist.

Verf. bemerkt mit Recht, dass das einzig Verdienstvolle an der Arbeit Leflaive's dasjenige ist, dass er die Rhinobronchitis spasmodica, welche ganz regelmässig auftritt, von den anderen, zufälligen, von Nasenleiden abhängenden und Hack's Theorie bestätigenden Anfällen sondert; diese regelmässig auftretenden Rhinobronchitiden, in anderen Worten: diese regelmässig auftretenden Anfälle von Heuasthma hätten also nichts mit Nasenleiden zu thun (!). Dr. P. K.

Digitized by Google

Fortbestehen der Stimmstörung nach Entfernung der adenoiden Wucherungen. (De la persistance des troubles phonétiques après l'ablation des végétations adénoides.) Von Dr. Cartaz. (Archives de laryngol., de rhinologie et des maladies des premières voies respiratoires et digestives von Dr. Ruault No. 2, 1887.)

Manchmal besteht nach dem Entfernen der adenoiden Vegetationen die näselnde Sprache fort. Verf. giebt 2 solche Krankengeschichten; im ersten Falle genügten Ermahnungen, Unterricht im Gesang und Sprechen, um gänzliche Heilung hervor zu bringen, im zweiten Falle wurden dieselben Uebungen anempfohlen, aber nicht dieselbe Wirkung beobachtet, trotzdem die Athmung normal von Statten ging und Pat. beim Schlafen nicht schnarchte.

Dieses Fortbestehen der Stimmstörung, obwohl selten, muss in Anbetracht der Prognose nach der Operation in's Auge gefasst werden. Es kommt als Folge einer Parese und Coordinationsstörung der Muskeln des weichen Gaumens; daher der gute Erfolg der Uebungen des weichen Gaumens. Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Die Symptome der Krankheiten des Sinus sphenoidalis. (Les symptomes des maladies du sinus sphénoidal.) Von Dr. Emile Berger. (Société française d'otologie et de laryngol., séance du 27. Avril 1888.)

Viele Autoren glauben, man könne nie die Erkrankungen des Sinus sphenoidalis am Lebenden erkennen. Symptome einer Erkrankung der Schädelbasis, mit Augenleiden verbunden, lassen jedoch auf eine solche Erkrankung schliessen. Starke Kopfschmerzen entstehen in allen Fällen. Bei Necrose und Caries des Os sphenoidale entstehen 1) plötzlich eintretende einseitige Blindheit, 2) Meningitis, 3) Ausstossen eines Knochenstückes durch die Nase, 4) tödtliche Blutung bei Durchbohrung der zwischen Sinus sphenoidalis und Sinus cavernosus sich befindenden Scheidewand, 5) Retropharyngealabscess, 6) Thrombose des Sinus cavernosus und der Vena ophthalmica, 7) Perforation der unteren Wand des Sinus sphenoidalis ohne anderes Symptom; alle diese Symptome brauchen nicht nothwendiger Weise zugleich zu bestehen. Bei Tumoren des Sinus sphenoidalis kann das Gewächs im Innern der Höhle ohne jedes Symptom sich befinden, oder es kann durch Ausdehnung der Geschwulst Amaurose entstehen, oder bei weiterem Ausdehnen des Tumors können die bekannten Erkrankungen der Schädelbasis und endlich bei noch längerer Dauer die Metastasen entstehen. Verf. giebt weiter die Symptome einer Verletzung des Os sphenoidale, Symptome, die ziemlich dunkel sind und im gegebenen Falle doch nicht die Diagnose gestatten. Dr. P. K.

Ein Fall von schwarzer Zunge. (Un cas de nigritie de la langue.) Von Dr. Vernet. (Gazette des hôpitaux, December 1887 und Revue mens. de laryngol. No. 5.)

Verf. beobachtete an sich selbst während des Verlaufs einer herpetischen Angina eine schwarze Zunge, welche ihm parasitärer Natur zu sein schien; man konnte jedoch microscopisch nur Pigmentkörperchen, welche dem Epithelium anhafteten, nachweisen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Auswischen des Kehlkopfs bei Diphtheritis. Von M. Harting. (N.-Y. med. Record, 16. Juli 1887.)

Zur Entfernung der Pseudomembranen aus dem Kehlkopfe wird folgendes Verfahren vorgeschlagen: Ein silberner Catheter mit offenem Ende enthält an einem Drahte ein zusammengepresstes Stück Schwamm. Sobald der Catheter zwischen die Stimmbänder geführt ist, wird der Schwamm vorgestossen und rasch mit dem Catheter zurückgezogen. Bei dieser Manipulation (die grosse Aehnlichkeit mit der Voltolini'schen Schwammmethode hat) sollen die Membranen aus dem Kehlkopf entfernt werden. —r.

Fall von hysterischer Aphonie durch hypnotische Suggestion geheilt. (Observation d'un cas d'aphonie hystérique guérie par la suggestion hypnotique.) Von Dr. Bollet. (Société médico-pratique, 28. Novembre 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No 8, 1888.)

Eine 36jähr., hysterische Frau, seit 18 Monaten heiser, wurde ohne Erfolg mittelst Hydrotherapie und Electrisiren behandelt. Mittelst eines schwachen galvanischen Stromes, welcher von einer Schläfe zur anderen geleitet wurde, kam die Kranke in einen unvollständigen Zustand von Somnambulismus, während welchem der Arzt sie alle Buchstaben des Alphabetes auszusprechen heisst; dann befiehlt er, Wörter und später ganze Sätze auszusprechen; später befahl er, fortzufahren zu sprechen, was Patientin dann auch nach ihrem Erwachen that. Nach 5 ähnlichen Sitzungen war die Stimme ganz und auf dauernde Weise wieder hergestellt. Dr. P. K.

Ein Fall von subacuter oedematöser Laryngitis. (Un cas de laryngite oedémateuse suraigue.) Von Dr. Barcelay J. Baron. (Brit. Med. Journal, December 1887 und Revue mensuelle de laryng. No. 8, 1888.)

Ein in 3 Stunden Zeit entstandenes, ohne dass ein Allgemeinleiden zu finden war, Glottisoedem. Heilung ohne Operation.

Dr. P. K.

Vergleich zwischen den Vortheilen von Tracheotomie und Intubation des Kehlkopfes bei der Behandlung von Diphtheritis. Von Geo. W. Gay in Boston. (Jahres-Versammlung der American Surgical Association. Washington, 20. September 1888.)

In einem Vergleich von Tracheotomie und O'Dwyer's Intubation kam Verf. zu folgenden Resultaten: 1) Intubation kann in allen Fällen von Diphtherie versucht werden. 2) Sie ist vorzuziehen bei sehr jungen Kindern und in Fällen, in denen die Röhre sich selbst überlassen bleiben muss. 3) Sie kann zum Zwecke der Euthanasie vorgenommen werden. 4) Tracheotomie ist angezeigt in Fällen, in denen die Intubation nicht ausführbar ist, oder wenn sie keine Erleichterung zur Folge hat; oder wenn die Intubationsröhre häufig ausgehustet wird, oder wiederholte Entfernung zum Zwecke des Reinigens erfordert. Sie ist auch vorzuziehen in Fällen, die weit von ärztlicher Hilfe entfernt sind. 5) Die Instrumente zur Tracheotomie sollten immer zur Hand sein, wenn die Intubation ausgeführt wird. —r.

Digitized by Google

Berichtigung.

In dem Aufsatze: „Beitrag zur Casuistik des Stirnhöhlenempyems“ von Dr. Schutter in vor. No. muss es auf S. 273, Z. 4 v. o., statt „Stirnhöhle“ „Hirnhöhle“ heissen.

III. Inserate.

Soeben ist erschienen:

ZUR ANATOMIE UND ENTWICKLUNG DES INNEREN OHRES.

Von

PROF. DR. RÜDINGER.

Mit drei colorirten Doppeltafeln und einer Figur in Zinkographie.

Berlin 1888.

Verlag der Expedition der Allgemein. med. Centralzeitung.

Preis 2 Mark.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

LECLANCHÉ-BATTERIEN,
transportabel, 20 Elem., Doppelkurbel-Stromwähler, Stromw., Galvanometer, in fein pol. Kasten. Elektroden und Zugehör.
Gewicht 13 Ko. Preis M. 180.—.
REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.
Universitäts-Mechaniker.
Haupt-Katalog 80 Seit. 300 Abbildung.

KONSTANTE BATTERIEN.
Reinigers konst. Tauchbatterie
24 Elem., Stromwender, Galvanom. i. M.-A., in fein poliert. Kasten, Elektroden u. Zugehör.
Gewicht 9,5 Ko., Preis M. 110.—.
REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.
Universitäts-Mechaniker.
Haupt-Katalog 80 Seit. 300 Abbildung.

ZUR ELEKTROLYSE
nötige Apparate und Instrumente liefern wir in präziser Ausführung. Preis einer Batterie mit 5 Elem., 6 Punktur-Nadeln m. 2 Haltern und Schnüren M. 25.—.
REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.
Universitäts-Mechaniker.
Haupt-Katalog 80 Seit. 300 Abbildung.

GALVANOKAUST. GRIFFE
aller gebräuchlichen Systeme, sowie alle Arten galvanokaust. Brenner und transportable und stationäre galvanokaust. Batterien liefern wir in bester Ausführung.
REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.
Universitäts-Mechaniker.
Haupt-Katalog 80 Seit. 300 Abbildung.

Inhalt.

I. Originalien: Loewe: Ueber eine neue Verbandmethode für's Ohr. (Schluss.) — Voltolini: Die Durchleuchtung des Kehlkopfes und anderer Höhlen des menschlichen Körpers. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Verhandlungen der otiatrischen Section der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Köln, 1888. — Gruber: Lehrbuch der Ohrenheilkunde mit besonderer Rücksicht auf Anatomie und Physiologie. — b) Rhinologische: Lermoyez: Ueber die Pathogenese des Heuasthma's. — Cartaz: Fortbestehen der Stimmstörung nach Entfernung der adenoiden Wucherungen. — c) Pharyngo-laryngologische: Berger: Die Symptome der Krankheiten des Sinus sphenoidalis. — Vernet: Fall von schwarzer Zunge. — Harting: Auswischen des Kehlkopfs bei Diphtheritis. — Bollet: Fall von hysterischer Aphonie durch hypnotische Suggestion geheilt. — Baron: Ein Fall von subacuter oedematöser Laryngitis. — Gay: Vergleich zwischen den Vortheilen von Tracheotomie und Intubation des Kehlkopfes bei der Behandlung von Diphtheritis. — Berichtigung. — III. Inserate.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig) Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. v. Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. Jos. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rhein.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXII. **Berlin, December 1888.** **No. 12.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

Wir bitten um baldgefällige **Erneuerung des Abonnements** auf den mit Januar 1889 beginnenden **dreiundzwanzigsten Jahrgang dieser Monatsschrift** bei den Postämtern, Buchhandlungen sowie der unterzeichneten Expedition.

Berlin N., December 1888.

Expedition
der „Allgemeinen medicinischen Centralzeitung“
Oranienburger Strasse 43.

I. Originalien.

Ueber den Schleimgehalt der Nasenpolypen.

Von

Prof. Dr. **Kiesselbach.**

In einer früheren Mittheilung über die Histologie der Ohrpolypen[1]) hatte ich die Unterabtheilungen der Myxome und Schleimpolypen beibehalten, da ich in einem Falle alle Merkmale des Myxoms, in mehreren anderen ein Gerüst von areolärem Bindegewebe mit theils spärlicher, theils reichlicher Zellen-Einlagerung und mucinhaltiger Zwischensubstanz gefunden hatte. Ebenso fand ich bei meinen Untersuchungen der sogen.

[1]) d. Monatsschrift 1887, No. 4, pag. 89.

Digitized by Google

Schleimpolypen der Nase constant eine ebensolche mucinhaltige Zwischensubstanz. Hopmann[2]) ist dagegen bei seinen sehr zahlreichen Untersuchungen von Nasenpolypen zu dem entgegengesetzten Resultat gekommen. „Wenn man einen grösseren, schmalgestielten, gallertigen Schleimpolypen mit der Schlinge herausbefördert hat, derart, dass die Schlinge den Stiel noch umfasst und das Aussickern von Serum und Blut aus demselben verhindert, so spüle man mit der Spritzflasche den Polypen sorgfältig rein. . . . Alsdann punctire man die Oberfläche des Polypen an zahlreichen Stellen mit einer Nadel und sammle die hervorquellenden und ablaufenden Tropfen des hellen Serums in einem Uhrglase. . . . Nun setze man Essigsäure tropfenweise hinzu; fast immer entsteht bei den ersten Tropfen eine ganz schwache, wolkige Trübung, die aber bei dem Weiterzusatz der Essigsäure vollständig verschwindet. Würde diese Trübung auf Mucin zurückzuführen sein, so dürfte sie in der kalten Lösung bei Essigsäure im Ueberschuss nicht wieder verschwinden.“ — Durch diese Untersuchungsmethode wird nun allerdings bewiesen, dass die untersuchte Flüssigkeit albuminhaltiges Serum ist (Anwesenheit von Blutkörperchen konnte ausgeschlossen werden), und dass in ihr entweder gar kein, oder doch nur ein verschwindend geringer Gehalt an Mucin vorhanden ist. Trotzdem ist es wohl möglich, dass die untersuchten Polypen eine mucinhaltige Zwischensubstanz besassen, wenn auch der Mucingehalt wahrscheinlich nur ein sehr geringer war.

Zunächst hat Hopmann nur schmalgestielte Polypen untersucht; wie aber aus den Untersuchungen von Rumler[3]) hervorgeht, konnte man erkennen, dass, je kleiner die Basis im Verhältniss zur Geschwulst war, um so durchsichtiger sich letztere zeigte und um so dünnflüssiger die Grundsubstanz. Der Zusatz von Essigsäure ergab aber einen, wenn auch nur spärlichen, fadigen Niederschlag. Zweitens hat Hopmann die zu untersuchende Flüssigkeit dadurch gewonnen, dass er die Oberfläche des Polypen an zahlreichen Stellen mit einer Nadel punctirte. Wenn aber Rumler fand, dass selbst eine sehr dünnflüssige Grundsubstanz beim Durchschnitt der Geschwülste nicht ausfloss, so ist es um so unwahrscheinlicher, dass gequollener Schleim durch Nadelstich-Oeffnungen abtropfen konnte.

Meine eigenen Untersuchungen habe ich in der Weise vorgenommen, dass die aus der Nase entfernten Polypen nach Reinigung der Oberfläche in ein Glas gelegt und einige Stunden bis zu einem Tag lang an einem kühlen Orte aufbewahrt wurden. Das ausgeflossene Serum wurde auf den Objectträger gebracht, mit einem Deckgläschen bedeckt und dann von der Seite Essigsäure zugesetzt. In allen Fällen konnte ich Trübung beobachten, welche auf weiteren Zusatz von Essigsäure nicht verschwand — unter dem Microscop fanden sich fadige, streifenförmige oder gleichmässig ausgebreitete, fein granulirte Niederschläge. Weiter wurden Zerzupfungspräparate und Schnitte von gefrorenen Präparaten untersucht. Letztere zeigen das Netz der feinen Bindegewebsfasern sehr schön, wenn

---

[2]) C. M. Hopmann: »Was ist man berechtigt, Nasenpolyp zu nennen?« Siehe d. Monatsschrift 1887, No. 6, pag. 152.

[3]) Rumler, Alex.: »Ueber Myxom und Schleimgewebe.« Inaug.-Dissert. Bonn 1881.

Digitized by Google

sie von Polypen entnommen sind, deren Serum man vorher hat ausfliessen lassen.

Es handelt sich also nicht darum, ob in den sogenannten Schleimpolypen der Nase und des Ohres Mucin vorkommt oder nicht, sondern welche Deutung man dem Vorkommen des Mucins geben will. Ziegler z. B. sagt, dass ein Theil der Nasenpolypen aus oedematösem Bindegewebe und Schleimgewebe bestehe, also den Fibromen und Myxomen zugezählt werden müsse. Köster[4]) und dessen Schüler[3]) [5]) vertreten dagegen die Ansicht, dass es überhaupt kein besonderes Schleimgewebe gebe, sondern dass es sich hier immer nur um Aufquellung des in allen Bindegeweben vorhandenen Mucins handle. Dasselbe quelle in neugebildeten Geweben leichter auf, als in alten, so dass in letzteren sogar ein lang andauerndes Oedem nicht zu einer Quellung des Schleimes führe, während bei Oedemen neugebildeter Gewebe die Flüssigkeit in der Regel Schleim enthalte.

Nachdem ich nun diese Frage neuerdings geprüft habe, bin ich gleichfalls zu der Ansicht gekommen, dass die eigenthümliche Beschaffenheit der sogenannten Schleimpolypen wesentlich durch Stauungsoedeme bedingt ist. Der Schleimgehalt der Flüssigkeit ist dabei ein sehr verschiedener, doch habe ich in allen auch neuerdings von mir untersuchten Präparaten einen solchen gefunden. Den von Köster und dessen Schülern mitgetheilten Beobachtungen, auf die ich hiermit verweise, habe ich nur noch hinzuzufügen, dass man gerade in der Nase in Fällen von zahlreicher Polypenbildung nicht selten die ganze Schleimhaut oedematös gedunsen findet. Auch finden sich besonders in solchen Fällen die Polypen nicht nur im oberen Theil der Nase, sondern auch im unteren, wo sie dann ihren Sitz zwischen der unteren Muschel und der lateralen Nasenwand haben.

Zur Abwehr

gegen Herrn Ziem's Referat über meine Habilitationsrede »Ueber Nasenleiden und ihren Zusammenhang mit anderen Organleiden etc.«

Von

Dr. **Suchannek.**

Herr Ziem wird mir hoffentlich nicht zumuthen, dass ich ihm in demselben Tone, den er angeschlagen hat, erwiedere; ich begnüge mich damit, ihn vor Allem darauf hinzuweisen, dass er nicht meine Habilitationsschrift, sondern meine Habilitationsrede kritisirt hat.

Meine Habilitationsschrift ist die Frucht einer ca. 8monatlichen angestrengten Thätigkeit im hiesigen pathologischen Institut, erschien in den Ziegler'schen Beiträgen und handelt von den Erkrankungen der Pars nasalis pharyngis. Wenn ich nun in dieser Arbeit, die eingehende

[4]) Sitzungsber. d. niederrhein. Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde, Sitzung vom 17. Januar 1881: Prof. Dr. Köster über Myxome.

[5]) Clementz, H.: »Ueber das Schleimgewebe in Parotisgeschwülsten.« Inaug.-Dissertation, Bonn 1882.

Digitized by Google

eigene Untersuchungen enthält, ein umfassendes Literaturverzeichniss (127 Angaben) für nothwendig erachtete, so glaubte ich in meiner durchaus anspruchslosen, auf ca. 50 Minuten Vortrag berechneten Habilitationsrede nicht meine Zuhörer durch Aufzählen sämmtlicher, für unsere Specialität wirkenden Autoren ermüden zu dürfen, ich habe gerade genug Namen genannt. Nicht Unkenntniss der Schrift Kussmaul's, die aber nicht, wie Z. angiebt, im Jahre 1863, sondern 2 Jahre später erschienen ist, war es daher, die mich von der Erwähnung dieser Arbeit abhielt — ich hätte ja dann auch mit demselben Recht die Namen Bayer, Billard, Bouchut, Stammer, Henoch, Howell etc. etc. anführen können — sondern lediglich der oben genannte Grund. — Den Werth von Herrn Professor Voltolini's Manometerversuchen verkenne ich keineswegs, glaube sogar, dass ihnen es zum grossen Theile zuzuschreiben ist, wenn in allen Handbüchern der Hygiene auf die Wichtigkeit der Nasenathmung für die Ventilation der gesunden und kranken Lunge immer wieder hingewiesen wird. Ich durfte somit diesen Punkt als bekannt voraussetzen.

Hack's Verdienste sind, mag man sein Ansehn noch so sehr zu discreditiren sich bemühen, so gross, dass ich es nur für eine Pflicht der Dankbarkeit hielt, die wir dem leider zu früh dahingegangenen Manne schulden, wenn ich ihn als hervorragenden Vertreter der Lehre von dem Zusammenhang zwischen Nasen- und anderen Organleiden ansah. Mochte er auch in manchem Punkte zu weit gehen, so ist es sicherlich nicht wenig seiner Energie zu danken, dass die Rhinologie als selbstständige Disciplin sich mehr Terrain eroberte. — Bei allen Krankheiten, und natürlich auch denen der Nase, auf das ätiologische Moment zu achten, ist ja Aufgabe und Pflicht jedes Arztes, sie habe ich nie ausser Acht gelassen. Indess ist es mit den Ursachen der Naseneiterung eine andere Sache. Dass Fremdkörper und Tumoren Naseneiterungen machen, darf nicht befremden, und ist die pathologische Anatomie der benignen und malignen Nasengeschwülste bereits recht gut studirt; sehr wenig Beobachtungen, die auch noch nicht ganz übereinstimmen, liegen dagegen über Ozaena vor; die bacteriologischen Befunde differiren, und eingehende Untersuchungen von Serienschnitten mit Färbung der in ihnen befindlichen Organismen fehlen noch ganz — die microscopisch-anatomische Beschaffenheit der Nasenschleimhaut in den verschiedenen Formen des Catarrhs, bei Anämie, congestiver und Stauungshyperämie etc. etc. ist noch so gut wie gar nicht erforscht. Es wäre also doch sehr voreilig gewesen, wenn ich lediglich aus den nicht unanfechtbaren, theilweise differirenden, klinischen Beobachtungen hätte Schlüsse ziehen wollen, namentlich da, wo mir der Raum eng bemessen war. Vielleicht ist es dem Referenten nicht uninteressant, zu erfahren, dass hier in Zürich und Umgegend, wenigstens in meiner Praxis, die vom Rachen fortgepflanzten, ferner die in Folge von Hypertrophien der Tonsilla pharyng. und Affectionen der mittleren Tonsillarspalte (Bursa phar.) entstandenen, also secundären, Rhinitiden überwiegen, während die durch Nasenverlegungen (Polypen, septale Deviationen und Protuberanzen, sowie Fremdkörper) bedingten Catarrhe in der Minderzahl auftraten und die von der Kieferhöhle (Periostitis alveol.) oder den anderen Nebenhöhlen fortgepflanzten einen verschwindend kleinen Procentsatz abgaben. Dagegen weist meine Statistik eine ganze Reihe primärer chron. Rhinitiden auf.

Digitized by Google

Die theoretischen Deductionen, die Z. an den bekannten Zusammenhang der nasalen, perineuralen Lymphräume mit dem Subduralraum knüpft, haben bis jetzt durch exacte pathologisch-anatomische Untersuchungen keine Stütze gefunden, ich begnügte mich daher, um das Gebiet der Hypothese möglichst zu meiden, mit der blossen Anführung der anatomischen Thatsachen.

Die Prioritätsansprüche der von Z. genannten Autoren concedire ich dem Referenten gerne, indem ich bemerke, dass es mir fern lag, die Wichtigkeit der früheren Beobachtungen zu unterschätzen; wenn ich indessen Barth's Erfahrungen hervorhob, so that ich es aus der Ueberzeugung, dass Mittheilungen aus der unmittelbaren Vergangenheit am wirksamsten zu sein pflegen.

Herrn Z.'s Beobachtung über den Zusammenhang zwischen Iritis und Nasenleiden habe ich nicht angezweifelt und schien es auch nicht zu thun; diese Behauptung Z.'s ist unwahr.

Die desinficirende Nasenirrigation vor einer galvanocaustischen Operation, sowie die richtig ausgeführte (theilweise) Tamponade mit Jodoformgaze, oder die Insufflationen mit einer Borsäure-Cocain-Mischung haben sich mir bisher als brauchbare Maassnahmen erwiesen. Ich muss daher die Ausdrücke, welche Z. für dieselben anwendete, mit aller Entschiedenheit zurückweisen, ebenso wie ich die jedem Anstand spottenden Behauptungen und Aussprüche Z.'s mit Entrüstung ablehne. Wie kommt Z. dazu, mir Literaturunkenntniss und planmässige Verketzerung geschichtlicher Thatsachen, ja sogar Freibeuterei, und zwar nicht nur mir, sondern andern Fachcollegen auf Grund dieser anspruchslosen Rede, bei der nur ein kleiner Theil der Literatur zur Sprache kommen konnte und sollte, vorzuwerfen? Ich fordere Herrn Z. auf, mir eine Stelle meiner Schrift anzugeben, wo ich als Freibeuter aufgetreten bin! Im Uebrigen glaube ich Herrn Z.'s Kritik nicht besser kennzeichnen zu dürfen, als dadurch, dass ich seine Auslassungen künftighin ignorire.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Lehrbuch der Ohrenheilkunde mit besonderer Rücksicht auf Anatomie und Physiologie. Von Prof. Dr. Josef Gruber. Zweite Auflage. Wien 1888. Verlag von Carl Gerold's Sohn. Besprochen von Dr. L. Guranowski in Warschau. (Schluss.)

Den zweiten grossen Theil der speciellen Pathologie des Gehörorgans bilden die Krankheiten des mittleren Ohrtheils und wurden vom Verf. in 8 Capiteln abgehandelt. Die Otitis media hält Gruber für die häufigste Krankheit des Gehörorgans. Von 33627 Ohrenkranken, welche auf der Klinik bis Ende December 1886 von Gruber behandelt wurden, zeigten 21283 Erscheinungen im Mittelohr. Verfasser unterscheidet 1) exsudative und 2) plastische Mittelohrentzündungen. Nach der Beschaffenheit des Exsudats wurden die exsudativen Entzündungen wiederum in catarrhalische, eitrige, croupöse und diphtheritische eingetheilt. Die Otitis media catarrhalis soll fast immer beide Hörorgane befallen, und

Digitized by Google

zwar entweder gleichzeitig oder kurz nacheinander. Zuerst pflegt das linke Ohr ergriffen zu sein. Diese Form der Entzündung soll häufiger bei Kindern, als bei Erwachsenen auftreten. Die subjectiven Erscheinungen und die objective Untersuchung werden ausführlich beschrieben.

Die am Trommelfelle wahrzunehmenden Veränderungen werden durch zahlreiche Abbildungen auf den chromolithographirten Tafeln erklärt. Die Auscultationsgeräusche, welche bei der Luftdouche wahrgenommen werden, und ihr Werth für die Diagnose der catarrhalischen Entzündung werden vom Verf. erschöpfend auseinandergesetzt. Die catarrhalische Entzündung wird in eine acute und chronische eingetheilt. Auf S. 430 sagt Verf.: „Nachdem mich die Erfahrung lehrt, dass ein idiopathischer, bei einem sonst gesunden Individuum auftretender Mittelohrcatarrh in höchstens 6 Wochen zu Ende ist, habe ich bei meiner Diagnose diese Zeitdauer als bestimmend angenommen für den acuten Catarrh; bei einer Dauer bis 6 Monate bezeichne ich ihn als subacut und bei längerer Dauer als chronisch.“ Bei der Behandlung des Mittelohrcatarrhs wird auf die adenoiden Vegetationen als die häufige Ursache dieser Entzündung hingewiesen und die operativen Eingriffe besprochen. Auch der Behandlung des Nasenrachencatarrhs wird gedacht. Die Luftdouche räth Verf. immer mit möglichster Schonung auszuführen, und solle man ohne Noth nie einen zu starken Druck wirken lassen. Bei Erwachsenen beginnt Verf. mit dem Lucae'schen Verfahren. Wenn dies ohne Wirkung bleibt, folgt dann das vom Verf. empfohlene Verfahren, und wenn auch dies nicht gelingt, wird das Politzer'sche Verfahren geübt. Es giebt aber Fälle, wo alle diese Verfahren im Stich lassen und wir zum Catheterismus, wobei vom Kranken eine Schlingbewegung ausgeführt werden muss, greifen müssen. Verf. ist der Meinung, dass man mit den Injectionen in die Tuba Eustachii ebensoviel wie mit den früher häufiger angewandten Dämpfen erreichen kann. Die Otitis media suppurativa ist fast immer einseitig. In der Aetiologie wird auf die Rolle, welche die Microorganismen spielen, hingewiesen. Unter den ursächlichen Momenten wird auch das Eindringen von Flüssigkeit in die Tuba Eustachii bei der Weberschen Nasendouche und die Tamponade der Nasenhöhle erwähnt. In seltenen Fällen soll die Quelle der Otitis media purulenta in Eiterungsprocessen in den Gebilden der Schädelhöhle zu suchen sein. Die Allgemeinerkrankungen, welche eine Otitis media purulenta hervorrufen, werden berücksichtigt. Die Otitis media suppurativa wird als eine eminent fieberhafte Krankheit geschildert. Dies gilt wohl nur für die acute Form. Die Perforationen in der Gegend der Membrana Shrapnelli werden näher berücksichtigt. Dieselben werden als die häufigsten Folgen von eiteriger Entzündung dieser Gegend, von Caries des Hammers und Amboses, sowie von cariöser Arrosion der die Perforation umgebenden Knochen betrachtet. Der Befund von diesen Perforationen wird durch 2 instructive Zeichnungen auf Seite 450 veranschaulicht. Bei der Otitis media suppurativa haemorrhagica ist das Exsudat blutig, und soll die Zerreissung der Gefässe mit länger bestehender Obliteration der Tuba Eustachii in einen ursächlichen Zusammenhang gebracht werden können. Die Dauer der eiterigen Entzündung beträgt nach den Angaben des Verf.'s 3 Wochen bis 3 Monate. Soll wiederum wohl heissen „der acuten eiterigen Entzündung“. Auf Seite 454 werden die Wege beschrieben, welche

Digitized by Google

die Eiterung nach innen nehmen kann. Die Entzündung des die Carotis im Canalis caroticus umgebenden Sinus soll nach den Untersuchungen des Verf.'s nicht so selten vorkommen.

Die Behandlung der Otitis media soll eine symptomatische und vom Beginne an eine antiphlogistische sein. Locale Blutentziehungen und Kälte wird empfohlen. Manchmal soll ein Priessnitzer Umschlag besser als die Kälte vertragen werden. In einzelnen Fällen fand es Verfasser nöthig, auf den Vorderkopf Eisbeutel und auf die Gegend des Ohres warme Umschläge zu verordnen. Auf Seite 459 finden wir folgenden Ausspruch des Verf.'s: „Bei hochgradigen Schmerzen, auch wenn noch keine Eiterung im Mittelohre nachweisbar ist, versuche man die Anwendung der Luftdouche mit geringem Drucke; oft bringt diese momentane Linderung der heftigen Schmerzen. Ist auch sie ohne Erfolg versucht, dann vollführe man schon in diesem Stadium der Entzündung die künstliche Perforation des Trommelfells." Für die Paracentese wird die untere Hälfte des Trommelfells als die geeignetste bezeichnet. Manchmal wird es auch nöthig sein, einen Kreuzschnitt zu machen, oder galvanocaustisch ein Stück des Trommelfelles auszubrennen.

Auf den folgenden Seiten wird die Behandlung der chronischen Otorrhoe ausführlich besprochen. Verf. ist kein Anhänger der trockenen Behandlung und legt mit Recht grossen Werth auf die antiseptischen Ausspritzungen. Gewöhnlich gebraucht Gruber Borsäurelösungen, bei üblem Geruch des Secretes 2—4procentige Carbollösungen oder schwach violett gefärbte Kali hypermanganicum-Lösungen. Auch ist Verf. ein Freund der Borsäure-Insufflationen nach Bezold, nur will er dieselben vom Aerzte selbst bewerkstelligt sehen. Sehr wünschenswerth wäre es, wenn Verf. die Indicationen für die Anwendung der feinpulverisirten Borsäure näher präcisiren würde, da doch ohne Zweifel Fälle existiren, wo dieselbe contraindicirt ist. Die von anderen Autoren gegen die Otorrhoe empfohlenen Mittel werden besprochen. Bei einfachem catarrhalischen Exsudat sollen Einträufelungen von Zinc. sulfuricum-Lösungen ausreichen. Auch wendet der Verf. Gelatinepräparate an. Bei hartnäckiger Otorrhoe, wenn die Behandlung dem Kranken selbst überlassen werden soll, wird vom Verf. Borsäurealcohol verordnet. Die caustische Methode nach Schwartze wird gerühmt, nur giebt Verf. den Rath, dieselbe nach 3maliger erfolgloser Anwendung nicht weiter zu benutzen. Das Sublimat würde sich doch auch für Nichtsyphilitische empfehlen.

Auf Seite 470 sagt Gruber: „Im Grossen kann man auch hier die Beobachtung machen, dass die Mittel rasch oder garnicht wirken. Ich habe demnach den Grundsatz, ein und dasselbe Mittel nicht länger, als 2 — 3 Wochen gebrauchen zu lassen; tritt während dieser Zeit keine Besserung ein, so wird das Mittel gewechselt." Dabei hat Verf. die Beobachtung gemacht, dass ein früher erfolgloses Medicament später bei neuerlicher Anwendung eine auffällige Wirkung haben kann. Auch kommt es vor, dass ein Mittel bei neuerlicher Anwendung viel besser wirken kann, wenn es in schwächerer Concentration zur Anwendung kommt.

Die primären croupösen und diphtheritischen Entzündungen des Mittelohrs werden als sehr selten bezeichnet, die secundären sind als Folgezustände bei den Erkrankungen des Rachens beobachtet worden.

Die Otitis media hypertrophica, gleichbedeutend mit der Otitis sclero-

Digitized by Google

tica mit ihren für das Hörvermögen verhängnissvollen Folgen wird recht klar und übersichtlich geschildert. Bei der Differentialdiagnose zwischen hypertrophischer Mittelohrentzündung und Labyrinth-Affection wird auf die Untersuchung der Kopfknochenleitung hingewiesen und der Werth des Weber'schen sowie des Rinne'schen Versuchs kritisch beurtheilt. Bei der Therapie wird die methodisch ausgeführte Luftverdünnung gerühmt. Sollte sich aber für diesen Zweck der Rarefacteur von Delstanche nicht besonders gut eignen?

Bougirungen der Tuba Eustachii und Injectionen in die Tuben sollen auch versucht werden. Wenn alle Mittel im Stich lassen, kann die Injection ohne Zuhilfenahme des Catheters nach dem vom Verfasser empfohlenen Verfahren geübt werden. In einzelnen Fällen hat Verfasser danach heftige, eiterige, perforative Entzündung gesehen und nach der Heilung derselben einen eclatanten Erfolg notirt. Sollte dies aber nicht zu gewagt sein? Systematisch vorgenommene Pilocarpin-Injectionen dürften sich für diese Fälle besonders eignen, und hat Ref. in einigen Fällen Besserung des Gehörs und der subjectiven Geräusche erzielt. Injectionen von concentrirten Lapislösungen, welche Verf. früher benutzt hat, werden von ihm jetzt nicht mehr in Anwendung gebracht.

Die Aetiologie, Symptome, Verlauf und Prognose der Periostitis partis mastoidei werden im Capitel XII abgehandelt. Die Therapie ist als eine streng antiphlogistische beschrieben und bei dieser Gelegenheit wird vom Verf. des Wilde'schen Schnittes gedacht. Auf S. 489 giebt uns Gruber folgende Regeln für das Eröffnen der Abscesse. Abscesse, welche in der Umgebung des oberen Dritttheils der Ohrmuschel ihren Sitz haben, sollen, wenn nicht besondere Verhältnisse zu anderweitigem Vorgehen bestimmen, vom äusseren Gehörgange aus eröffnet werden; bei solchen Abscessen, welche sich hinter den unteren zwei Dritttheilen der Ohrmuschel befinden, wird die Eröffnung in der Warzengegend gemacht. Diese Regeln werden vom Verf. auch dann beachtet, wenn ein Abscess spontan oder künstlich an einer anderen Stelle zur Eröffnung kam und die Heilung nicht fortschreitet. Gruber ist der Meinung, dass man bei Beobachtung dieser Regel, welche den anatomischen Verhältnissen des äusseren Gehörgangs und seiner Umgebung entsprechen, viele aus einer Periostitis hervorgegangenen Knochenerkrankungen vermeiden könnte. Die Caries und Necrose des Schläfebeins und der Gehörknöchelchen bilden den Inhalt des nächsten Capitels und sind die pathologisch-anatomischen Veränderungen sowie die subjectiven Erscheinungen und die objectiven Merkmale der Caries erschöpfend dargestellt worden. Die lange bestehende Anschwellung in der Umgebung der Spitze des Warzenfortsatzes wird vom Verfasser als ein wichtiges Symptom von eminenter diagnostischer Bedeutung für die cariösen Processe bezeichnet. Die Casuistik der Necrose des Schläfebeins wurde durch zwei vom Verfasser sehr ausführlich beschriebene Fälle erweitert und die bezüglichen Sequester abgebildet. Die vom Verf. aufgestellte Meinung, dass partielle Erkrankungen des Labyrinthes, selbst wenn sie zur Zerstörung der einzelnen Abschnitte jener Gebilde führen, nicht totale Taubheit veranlassen müssen, wird aufrecht erhalten.

Die Blutungen aus dem Ohre und die betreffende Casuistik wie auch ein interessanter Fall, der auf der Klinik des Verfassers zur Beobach-

Digitized by Google

tung und zur Section kam, werden auf den folgenden Seiten beschrieben. Bei der Beurtheilung der Prognose von Caries und Necrose des Schläfebeins finden wir folgende Bemerkungen.

Verf. sagt: „Es gehört zu den grössten Seltenheiten, dass ein Kind an einer Folgekrankheit der Caries und Necrose stirbt, und wenn dies der Fall ist, sind es nur sehr ausnahmsweise ex contiguo entstandene intracranielle Leiden, welche zum Tode führen.“ Etwas weiter lesen wir, dass aus der Jugend überkommene Processe bei älteren Individuen nur in seltensten Fällen zu gefährlichen consecutiven Zuständen führen. Die Therapie soll derjenigen bei anderen cariösen Processen ähnlich sein. Antiseptische Reinigung, event. Auskratzen von erweichten Knochen und Granulationen, Eröffnung der Abscesse u. s. w. Bei oberflächlicher Caries wird die Schwefelsäure empfohlen.

Das ganze Capitel über die chirurgische Eröffnung des Warzenfortsatzes hat Verf. neu hinzugegeben. Nach einigen kurzen historischen Bemerkungen über die Operation werden die Indicationen für die Eröffnung des Proc. mastoideus nach Schwartze aufgestellt. Verf. glaubt, dass die Contraindicationen mit der Zeit immer eingeschränkter sich gestalten werden. Immerhin wird der Rath gegeben, in hoffnungslosen Fällen mit der Operation vorsichtig zu sein, um die Operation selbst nicht in Misscredit zu bringen. Die Operationsmethoden betreffend, wird die Eröffnung vom äusseren Gehörgange als weniger zweckmässig bezeichnet. Verf. wendet ausschliesslich den Hammer und Meissel, wie auch den scharfen Löffel an,

Bezüglich der Details muss auf das Original hingewiesen werden. Die unangenehmen Ereignisse bei der Operation werden durch bezügliche Casuistik illustrirt. Die Nachbehandlung, auf welche wir die grösste Aufmerksamkeit richten müssen, ist etwas zu kurz geschildert.

Die Folgezustände der Entzündungen im mittleren Ohrtheil, wie Verdickungen und Erschlaffungen des Trommelfells, abnorme Verwachsungen des Trommelfells, abnorme Verbindungen der Gehörknöchelchen unter einander und mit den Nachbargebilden werden in dem folgenden Capitel ausführlich besprochen und zahlreiche Abbildungen auf den chromolithographirten Tafeln erleichtern das Studium dieser Befunde.

Die Luftdouche, methodische Verdichtung und Verdünnung der Luft im äusseren Gehörgange sind die meist wirkenden therapeutischen Handgriffe, welche in diesen Zuständen zur Anwendung kommen. Von der Lucae'schen Drucksonde hält Verf. nicht viel. Die Hommel'sche Traguspresse hat sich nicht bewährt.

Bei der Luxation und Dislocation der Gehörknöchelchen in Folge von Mittelohrentzündungen wird der Versuch mit dem künstlichen Trommelfell, um damit die Gehörknöchelchen zu nähern, angerathen. Bei den secundären Veränderungen an den Binnenmuskeln des Ohres wird die Electricität als diagnostischer und therapeutischer Behelf angesehen.

Die Anomalien der Tuba Eustachii werden in dem Capital XVI abgehandelt. Zur Erweiterung der Stenosen wendet Verf. Cellulose-Bougien an, für die successive Compression werden Darmsaiten- und Laminaria-Bougien empfohlen. Bei Obliteration der Tuba Eustachii sollen die methodischen Verdünnungen der Luft im äusseren Gehörgange die subjectiven Erscheinungen momentan bessern.

Digitized by Google

Die im folgenden Capitel beschriebenen Operationen am Trommelfelle und an den Gebilden der Trommelfelle umfassen die Paracentese des Trommelfelles, die Myringotomia multiplex, die Durchschneidung der hinteren Falte, die Myringectomie, die Synechotomie, die Tenotomie des Musculus tensor tympani und die Durchschneidung der Sehne des Musculus stapedius.

Die Indicationen für die Ausführung der einzelnen Operationen, sowie die Operationsmethoden sind vom Verf. ausführlich beschrieben worden.

Die Myringectomie wird vom Verf. jetzt nur galvanocaustisch geübt. Der Voltolini'sche Tauchapparat wird beschrieben und mit Abbildungen erklärt.

Alle Versuche, die Trommelfellöffnung offen zu erhalten, sind bis jetzt missglückt. Die Tenotomie will Gruber in Fällen von Verkürzung der Sehne ausgeführt wissen, und hält den Einwand, dass die durchschnittenen Enden der Sehne wieder verwachsen, als unrichtig. Maassgebend für den proximalen Effect der Tenotomie soll die event. Besserung nach der Luftdouche sein.

Die im Mittelohr vorkommenden Neubildungen sind vom Verf. in einem besonderen Capitel recht ausführlich beschrieben worden. Bei den Granulationsgeschwülsten wurde auch der Tuberculose der Schleimhaut des Mittelohrs gedacht, und die neuesten Untersuchungen sind berücksichtigt worden. Die unter der allgemeinen Bezeichnung „Polypen" bekannten Geschwülste bilden den Schluss dieses Capitels. Die verschiedenen Operationsmethoden, welche hier in Frage kommen, wie die Extraction mit der Schlinge, das galvanocaustische Ausbrennen, die Electrolyse etc. werden beschrieben, und der Werth der einzelnen Methoden kritisch beurtheilt. Bei der medicamentösen Behandlung ist auch der Aetzung mit Chromsäure gedacht, dabei aber die Bemerkung gemacht, dass dieselbe sogar bei vorsichtiger Anwendung Entzündungserscheinungen hervorruft. Nun scheint es dem Ref., dass die Application von Crystallen mit Hilfe einer an der Spitze befeuchteten Sonde nicht gut auf die Geschwulst selbst localisirt werden kann, und wäre die von Hering für Aetzungen in der Nase empfohlene Methode vorzuziehen. Dabei kann die Wirkung mehr localisirt werden und das Zerfliessen der Chromsäure-Crystalle auf gesundes Gewebe verhindert werden. Die Wirkung des Alcohols bei weichen Polypen so von der Hand zu weisen, wie dies Gruber und Schwartze thun, finden wir nicht für richtig.

Den Krankheiten des inneren Ohrtheils schickt Verf. eine Beschreibung über den centralen Ursprung des Acusticus nach Freund voraus. Seit dem Erscheinen der ersten Auflage des Lehrbuches ist die Literatur über die Krankheiten des inneren Ohrtheils mächtig angestiegen, und es musste auch Verf. diesen Theil gänzlich umarbeiten und einige Capitel neu einschalten. Die Commotio labyrinthi wurde ausführlich beschrieben und die subjectiven und objectiven Erscheinungen berücksichtigt. Diese letzteren sind meist negativ. Mit der Diagnose ist es auch schlecht bestellt, dieselbe kann nur aus der Anamnese und per exclusionem gestellt werden.

Der Weber'sche Versuch wird höher angeschlagen wie der von Rinne. Der vom Verf. angegebene Versuch soll zur Vervollständigung der Diagnose dienen. Die Eruirung der Simulation von Schwerhörigkeit

Digitized by Google

mittelst verschiedenen Proben wurde auf Seite 593 abgehandelt und der Versuch des Verf.'s auch zu diesem Zwecke benutzt. Gruber warnt vor der Anwendung der Luftdouche und der Electricität in Fällen von Commotio labyrinthi.

Die verschiedenen Arten von Verletzungen des Labyrinthes und die dabei vorkommenden subjectiven und objectiven Erscheinungen werden auf den folgenden Seiten beschrieben.

Bei der Behandlung wird ebenfalls vor dem Missbrauch der Electricität gewarnt. Bei der Hyperämie des Labyrinthes wird von den localen Blutentziehungen ausgiebige Anwendung gemacht. Auch Kälte wendet Verf. an, kalte Brause soll nach den Erfahrungen Gruber's die subjectiven Gehörsempfindungen steigern, deshalb contraindicirt sein. Sehr gerühmt werden methodische Luftverdünnungen im äusseren Gehörgange. Primäre Otitis interna (Voltolini) wird vom Verf. als feststehend angenommen. Es existiren pathologisch-anatomische Beweise, dass dieselbe nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen vorkommt. Die Sectionsbefunde von sowohl primärer, wie auch secundärer Labyrinthitis werden ausführlich beschrieben.

Sehr plausibel scheint uns die vom Verf. aufgestellte Hypothese. Gruber ist der Meinung, dass die im Labyrinthe vorkommenden Entzündungen exsudative und plastische sein können. In die Categorie der stürmisch und mit copiöser Exsudation eintretenden Entzündungen will Verf. die von ihm zuerst bei Syphilitischen beobachtete Labyrinthaffection einreihen. Die eiterige Labyrinthitis soll entweder durch ein Trauma oder durch Einwanderung von Coccen entstehen können. In diese Reihe werden auch die Fälle von unheilbarer Taubheit nach Scharlach, Diphtherie, Masern, Pocken, Mumps und Typhus gerechnet. Gruber glaubt, dass die Prognose bei derjenigen Form von Labyrinthitis, welche ohne Fieber verläuft und einseitig auftritt, nicht absolut ungünstig sei. Hingegen soll nie eine Besserung zu Stande kommen bei den Fällen, welche mit Fieber verliefen oder wo eine syphilitische Grundlage vorhanden war. Dasselbe gilt von Mumps. Die Therapie soll eine streng antiphlogistische sein. Von Pilocarpin hat Gr. keine Erfolge gesehen.

Was die Ménière'schen Symptome anbetrifft, so sollen dieselben nicht immer vom Labyrinthe her eingeleitet werden, in der Mehrzahl der Fälle ist dies aber der Fall. Die neuesten physiologischen Arbeiten über die Function der halbkreisförmigen Gänge und die zahlreichen Hypothesen über die Entstehung des Schwindels werden citirt und ausführlich erörtert. Die apoplectiforme Ménière'sche Krankheit hält Gruber für sehr selten. Die gewöhnlich als Ménière'sche Krankheit bezeichnete Symptomengruppe, welche bei den verschiedensten Labyrintherkrankungen, wie auch bei anderen Affectionen des Gehörorgans und des Centralnervensystems beobachtet wird, will Verf. als Ménière'sche Erscheinungen genannt wissen. Als essentielles Merkmal dieser Erscheinungen wird das Schwindelgefühl angesehen. Der Name Morbus Ménièri soll entweder ganz gestrichen werden oder nur auf die Fälle beschränkt bleiben, wo thatsächlich eine Blutung in das Labyrinth stattfand. Die von Charcot empfohlene Chininbehandlung soll nach den Angaben des Verfassers thatsächlich in einzelnen Fällen das Schwindelgefühl vermindern.

Weiter aber bemerkt Gr., dass, wenn nach 3tägigem Gebrauch des

Digitized by Google

Chinins keine Besserung eintritt, oder wenn die subjectiven Gehörsempfindungen auf dessen Anwendung merklich zunehmen, es ausgesetzt werden muss, weil sonst eine bleibende Verschlimmerung des Leidens zu befürchten ist. Es wird ein Fall citirt, wo nach Gebrauch von grossen Dosen Chinin am dritten Tage acutes Glaucom entstand, welches die Iridectomie nöthig machte. Gestützt auf diesen Fall, mahnt Verf. zur Vorsicht bei der Anwendung des Mittels. Ref. ist aber der Meinung, dass man aus einer so kurzen Anwendungsdauer nicht berechtigt ist, über die Wirkung des Chinins in diesen Fällen einen Schluss zu ziehen. Die Methode von Charcot beruht ja auf lange fortgesetztem Gebrauch von grossen Dosen des Chinins, und es wird dabei von Charcot ausdrücklich betont, dass im Beginn der Behandlung regelmässig eine Verschlimmerung der Symptome eintreten soll. Von anderen Mitteln wird von Gr. bei Syphilitischen das Zittmann'sche Decoct und Injectionen von Kali jodatum per tubam empfohlen. Ausgezeichnete Resultate hat Verf. in Fällen, wo die Ménière'schen Symptome in Folge von Mittelohrprocessen auftraten, von der methodischen Luftverdünnung gesehen. Der innerliche Gebrauch von Arnica wird gerühmt.

Die Anwendung der Electricität wird nur dann erlaubt, wenn bei lang andauernden Symptomen alle anderen Mittel im Stiche lassen.

Die Neubildungen im Labyrinthe werden auf Seite 620 beschrieben und wird vom Verf. das Vorkommen von primären, bösartigen Neubildungen im Labyrinthe in Frage gestellt. Meist kommen dieselben secundär vor und zwar als Fortsetzung von Neubildungen der Schädelhöhle. Sowohl die subjectiven wie auch die objectiven Merkmale geben keine sicheren Anhaltspunkte für die Diagnose. Die Hörnervenatrophie ist immer eine secundäre Erscheinung.

Zu den anderweitigen Erkrankungen, welche krankhafte Erscheinungen von Seiten des Hörorgans hervorrufen können, gehören Krankheiten des Hirns und seiner Häute, und zwar Hyperämie und Anämie des Gehirns, Entzündungen der Hirnsubstanz und der Meningen, Abnormitäten in den intracraniellen Gefässen, namentlich in der Arteria basilaris und auditiva interna, apoplectische Blutextravasate und deren Folgezustände, Hydrocephalie und Neubildungen. Alle diese Zustände werden kurz beschrieben und die bezügliche Casuistik mitgetheilt. Am häufigsten verursacht die Meningitis cerebrospinalis Taubheit bei jugendlichen Individuen. Tuberculose der intracraniellen Gebilde führt ausserordentlich selten zu Gehörsstörungen, das Syphilom des Gehirns kann Gehörsstörungen verschiedenen Grades verursachen. Die Diagnose der letzteren wird ex juvantibus gestellt. Zuweilen können Krankheiten des Rückenmarks, wie Tabes, mit Hörstörungen complicirt sein. Die nach Mumps vorkommende Taubheit ist meist vollständig und unheilbar. Ueber die bei Diabetes und Leukämie vorkommenden Affectionen des Gehörorgans wird Näheres auf Seite 630 mitgetheilt. Wir vermissen an dieser Stelle die Angaben über die Taubheit resp. Affectionen des Labyrinthes bei Syphilis hereditaria tarda.

Unter dem Titel „Neurosen des schallempfindenden Apparates" werden einige anormale Gehörsempfindungen beschrieben. Die gesteigerte Hörperception hat Verf. meistens bei Frauen während eines Migränenanfalls beobachtet. Mitunter wird dieselbe auch schmerzhaft, namentlich

Digitized by Google

für Geräusche, empfunden. In einem Falle war ein erkrankter Zahn die Ursache des Hyperacusis. Therapeutisch wird Opiumtinctur äusserlich und Bromkali innerlich empfohlen. Nervöse Schwerhörigkeit und Taubheit sollen häufiger vorkommen und zu den schwerstheilbaren Ohrenkrankheiten gehören. Ausser den Fällen, welche bei herabgekommenen Individuen und in der Reconvalescenz nach schweren fieberhaften Krankheiten vorkommen, wird auf sexuelle Excesse und übermässiges Tabakrauchen als Ursache der nervösen Schwerhörigkeit hingewiesen. Die bei Schlossern, Schmieden etc. vorkommende Schwerhörigkeit und Taubheit wird durch eine Uebermüdung der Hörnerven durch anhaltende Hörperception erklärt. Auch der periodisch auftretenden Hörstörung bei Hysterischen wird erwähnt. Ausführlich wird das nervöse Ohrensausen, welches ohne objectiv nachweisbare Veränderung des Gehörapparates auftritt, abgehandelt. Auf Seite 653 finden wir Angaben über Reflexneurosen. Die in den Binnenmuskeln des Ohres und in den Muskeln der Tuba vorkommenden clonischen Krämpfe werden in die Categorie der Reflexneurosen gebracht. Verf. sagt: die Erfahrung lehrt, dass in Fällen, wo Schwankungen in der Schwerhörigkeit vorkommen, die Prognose sich besser gestaltet, als wenn dieselbe continuirlich ist oder stetig zunimmt. Dasselbe gilt für die Ohrgeräusche, von denen die intermittirenden eine bessere Prognose als die continuirlichen Geräusche zeigen. Was die Therapie anbetrifft, äussert sich Gruber folgendermaassen: „Zur Bekämpfung der Erscheinungen von Seiten des Hörorgans stehen uns meist nur empirische Mittel zu Gebote. Genaue Indicationen kennen wir nicht, wir sind auf den Versuch angewiesen."

Es folgt die Aufzählung einer grossen Reihe von Mitteln, welche empfohlen worden sind. Von der Electricität, und zwar von den electrodiagnostischen Angaben Brenner's, hält Gruber nicht viel. In therapeutischer Beziehung kann Verfasser der electrischen Behandlung auch nicht viel nachrühmen. Die verschiedenen Hörröhre, die Vortheile wie auch Nachtheile derselben werden beschrieben und kritisch beurtheilt. Auch die Audiophone, Deutaphone, das Fonifero etc. werden erwähnt. Die Indicationen für die Anwendung der Hörröhre werden stricte formulirt.

Zum Schluss wird die Taubstummheit besprochen. Verf. spricht den Wunsch aus, es mögen diejenigen Zöglinge, welche noch etwas Hörvermögen haben, von anderen gesondert werden. Auch plaidirt Gruber, und mit Recht, für die Verbreitung des Externunterrichts für Taubstumme.

Die im Obigen hervorgehobenen Vorzüge des Gruber'schen Lehrbuches reichen wohl vollständig aus, der 2. Auflage eine grosse Verbreitung unter den Aerzten und Studirenden zu sichern.

Verhandlungen der otiatrischen Section der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Köln, 1888.

(Schluss.)

3. Sitzung.

Vorsitzender: Prof. Dr. Walb (Bonn).

10) Prof. Dr. Walb: „Ueber alternirende Mittelohreiterungen". W. theilt Beobachtungen bei doppelseitigen Mittelohreiterungen mit, bei wel-

Digitized by Google

chen sich eine Wechselbeziehung dahin geltend machte, dass bei Heilung des einen Ohres sich auf dem andern, relativ geheilten oder wesentlich besseren Ohr alsbald ein Recidiv einstellte, oder bei vorhandenen Granulationen eine bis dahin mit Erfolg durchgeführte Behandlung versagte. Zur Erklärung wies W. auf die derivirende Wirkung mancher Krankheitsprocesse bei gleichzeitig bestehenden anderen Krankheitszuständen hin (Mastdarmfistel bei Spitzenaffection, Fontanellen), sodann auf den durch die Untersuchungen von Urbantschitsch u. A. nachgewiesenen Zusammenhang zwischen den Circulations- und Secretionsverhältnissen beider Ohren. Die Discussion bezog sich wesentlich auf die von W. als offen bezeichnete Frage, ob auch bei nur einseitiger Ohraffection ähnliche Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen localen Erkrankungsherden bestehen könnten, so dass z. B. nach Entfernung eines Polypen ein anderer versteckt gebliebener Herd, etwa eine granulöse Wucherung, auf's Neue Eiterung produciren könne, wodurch manche bei der Behandlung auftretende Verschlimmerung ihre Erklärung finden würde. Dr. Truckenbrod wies hierbei auf die Möglichkeit hin, dass durch operative Eingriffe Verletzungen geschaffen werden, welche leicht zur Eingangspforte für Selbstinfection werden können; ebenso spricht sich Dr. Rohrer aus, welcher bei sympathischen Ohreiterungen die periphere Derivation in Form der Galvanopunctur auf den Warzenfortsatz empfiehlt.

11) Dr. Katz (Berlin): „Ueber die Epithelgebilde des Corti'schen Organs mit Demonstrationen". Vortragender demonstrirt mehrere Präparate, an welchen die in No. 8 d. Monatsschr., Jahrg. 1888, näher beschriebenen Verhältnisse deutlich zu erkennen waren.

12) Docent Dr. Kirchner (Würzburg): „Demonstration pathologischer Präparate". K. zeigt mehrere, nach der von Weigert angegebenen neuen Methode zur Färbung von Fibrin und Microorganismen hergestellte Präparate von der Paukenschleimhaut eines an Diphtheritis gestorbenen Kindes, an welchen das Eindringen der Fibrinfäden in das Bindegewebe mit Auseinanderzerrung desselben sehr deutlich ersichtlich war.

13) Docent Dr. Rohrer (Zürich): I. „Ueber bacteriologische Befunde und Züchtungsversuche bei Dermatosen des Ohres". Bei 10 Fällen von Pruritus und Eczem des Meatus ext. und der Ohrmuschel hat R. characteristische Diplococcen, und wo fötides Secret vorlag, stets einen Bacillus von 0,07 : 0,04 Mm. gefunden. Nach Uebertragung auf die Ohrmuschel von Kaninchen erfolgte nach 2 Tagen Bläscheneruption mit Krustenbildung, wobei sich wieder Diplococcen gewinnen liessen; wurde das Secret eitrig, so fanden sich Staphylococcen.

II. „Demonstration und Vortrag über Behandlung von Ohrpolypen." R. bestätigt auch nach seinen Erfahrungen den günstigen Einfluss des Sabinapulvers mit Cupr. sulf. und Alaun bei rasch recidivirenden polypösen Granulationen im Gehörgange und in der Paukenhöhle.

4. Sitzung.

Vorsitzender: Docent Dr. Kirchner.

14) Docent Dr. Jacobson (Berlin): „Ueber die Methoden zur Bestimmung der Hörschärfe". J. berichtet über einen von ihm construirten Apparat, durch welchen man Töne verschiedener Höhe bezüglich ihrer

Digitized by Google

Intensität genau messbar abstufen kann, so dass es also möglich ist, die Hörschärfe eines Kranken zahlenmässig zu bestimmen.

15) Docent Dr. Gärtner (Wien): „Ueber electrische Erregbarkeitsprüfungen am Hörnerv". G. hebt zunächst hervor, dass bei Anwendung seines, von Edelmann in München verfertigten electro-diagnostischen Apparates Schmerz und Schwindelgefühl selbst bei stärkeren Strömen am Ohre nicht auftreten. — Die Erscheinung, dass der Hörnerv bei schlecht Hörenden schon bei niedrigeren Stromstärken (0,5 — 3,0 M. Amp.) zu reagiren pflegt, während bei Gesunden Stromstärken von 15 M. A. keine Reaction hervorrufen — eine Thatsache, die sich auch dem Vortragenden ergeben hat —, erklärt derselbe gegenüber der Brenner'schen Ansicht, dass der Acusticus der meisten schlechthörenden Menschen in einem Zustande gesteigerter Erregbarkeit sich befände, einfach dadurch, dass durch die entzündlichen Processe bessere Leitungsverhältnisse für den Strom geschaffen würden, und zwar durch grössere Durchfeuchtung der Schleimhaut, der Membranen bezw. der Knochen, die in der Norm durch ihre grössere Trockenheit schlechte Electricitätsleiter darstellten. — Dr. Jacobson giebt diesen Erklärungsversuch für manche Fälle zu, glaubt aber für andere, wo eine grössere Durchfeuchtung nicht stattfindet, im Gegentheil sich der Untersuchung gemäss der krankhafte Process gerade durch die Trockenheit der befallenen Theile characterisirt, es eine offene Frage sein lassen zu müssen, ob es sich dabei doch nicht um eine pathologische Steigerung der electrischen Erregbarkeit des Acusticus handle.

5. Sitzung

(gemeinschaftlich mit der laryngol. Section im otiatrischen Sitzungssaale).

16) Prof. Dr. Guye (Amsterdam): „Beiträge zur Aprosexia". G. macht weitere Mittheilungen über die bekannten, von ihm unter dem Namen der Aprosexia zusammengefassten Störungen der geistigen Thätigkeit, wie solche im Gefolge von Nasenerkrankungen aufzutreten pflegen. Ausser dem behinderten Abflusse der Lymphe vom Gehirn glaubt er auch vasomotorische Störungen wenigstens für eine Reihe von Fällen als Ursache gelten lassen zu müssen; er unterscheidet 3 Categorien: eine physiologische Aprosexia, als Folge von Ermüdung, eine neurasthenische und eine rein nasale. — In der sich an den Vortrag anschliessenden lebhaften Discussion wurden von mehreren Seiten bestätigende casuistische Mittheilungen gemacht. Dr. Strübing (Greifswald) hatte Gelegenheit, auf der Greifswalder psychiatrischen Klinik Besserung einer Psychose durch erfolgreiche Behandlung einer chron. Rhinitis mit Hypertrophie der unteren Muscheln zu beobachten, und glaubt, dass es überhaupt zweifellos Psychosen giebt, die durch ein gleichzeitig bestehendes Nasenleiden wesentlich beeinflusst werden. Prof. Walb unterscheidet zwischen Erkrankungen bei Kindern und Erwachsenen; bei ersteren sucht er den Zusammenhang zwischen Nasenleiden und der Aprosexia durch die Störungen zu erklären, welche aus ersterem für die Athmung und Blutbildung resultiren; ist das nasale Leiden beseitigt, so pflegt mit der Aufbesserung des allgemeinen körperlichen Befindens auch das geistige Gedeihen rasche Fortschritte zu machen; bei Erwachsenen dagegen möchte er eher an Reflex von Seiten der Nase denken, zumal die localen Störungen in der Nase oft unbedeutende zu sein pflegen; auch ist nicht zu vergessen, dass in Fällen

Digitized by Google

von gleichzeitig bestehendem Mittelohrcatarrh auch hierauf ein Theil der Aprosexia zurückzuführen ist. Dr. Michel hat Gedächtnissschwäche nur bei Kindern und jugendlichen Personen beobachtet. Dr. Hopmann hält die geistige Stumpfheit bei Kindern mit adenoiden Wucherungen etc. mehr für angeboren als erworben und theilt einen einschlägigen Fall zweier Brüder mit, von denen der eine nach der Operation adenoider Vegetationen alsbald wieder in den Besitz seines früheren guten Gedächtnisses gelangte, während der andere, der ein solches niemals gehabt hatte, auch nach der Beseitigung der localen Störungen in Nase und Nasenrachenraum keine geistigen Fortschritte zeigte.

Auf Vorschlag von Prof. Guye, welcher einstimmig acceptirt wurde, sollen in Zukunft auf den Naturforscher-Versammlungen die rhinologischen Themata in gemeinsamen Sitzungen der laryngologischen und otiatrischen Section behandelt werden.

Ferner wurde der Einführende auf Antrag von Dr. Hartmann (Berlin) seitens der otiatrischen Section beauftragt, sich mit der Geschäftsführung dahin zu benehmen, dass künftighin in den Programmen der Naturforscher-Versammlung die Rhinologie der Section der Otiatrie zugetheilt werde.

In der Präsenz-Liste hatten sich folgende Herren eingezeichnet: Appert (Karlsruhe), Barth (Berlin), Bloch (Freiburg), Bronner (Bradford), Diem (St. Gallen), Fleck (Köln), Friederich (Dresden), Gilles (Köln), Guye (Amsterdam), Halbeis (Salzburg), Hartmann (Berlin), Heiman (Warschau), Hengesbach (Dortmund), Hopmann (Köln), Jacobson (Berlin), Jacoby (Magdeburg), Kassnitz (Karlsruhe), Katz (Berlin), Kaufmann (Hamburg), Keller (Köln), Kessel (Jena), Kirchner (Würzburg), Koerner (Frankfurt a. M.), Koll (Aachen), Krakauer (Berlin), Küpper (Elberfeld), Le Blanc (Opladen), Lommel (Homburg), Metzmacher (Monheim a. Rh.), Obertüschen (Crefeld), Rohrer (Zürich), Schleicher (Antwerpen), Schmelzkopf (Mülheim), Schmiegelow (Kopenhagen), Schmithuisen (Aachen), Spuhn (Bonn), Stimmel (Leipzig), Truckenbrod (Hamburg), Walb (Bonn), Weber-Liel (Mallendar bei Coblenz), Zuckermann (Crefeld).

Keller.

Ueber die Behandlung der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung. Von J. Kessel (Jena). (Correspondenzbl. des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen No. 9, 1888.)

Bei der Entstehung der eitrigen Mittelohrentzündung räumt Verf. die Hauptrolle der Infection ein, welche sowohl vom äusseren Ohre, als besonders auch von der Tube aus erfolgen kann. Der Zusammenhang der Ohrerkrankungen mit den Erkrankungen des Nasenrachenraumes wird besonders betont. Es sind theils specifische, theils gemischte Microorganismen, auf welche die Mittelohrentzündung zurückzuführen ist, während die Anwendung der Erkältungstheorie auf dieselbe nach dem Verf. als unberechtigt aufgegeben werden muss. — Die Aufgabe der Therapie besteht bei der acuten Mittelohrentzündung darin, dieselbe nicht chronisch werden zu lassen und die gefährlichen Complicationen zu verhüten. Dies erfüllt nach Verf. im Exsudationsstadium am besten die Paracentese. Er führt dieselbe aus am hinteren Segmente

Digitized by Google

des Trommelfells an der Grenze des unteren und oberen Quadranten. Diese Stelle ist leicht erreichbar, und es werden dort wichtige Theile nicht getroffen. Nicht geeignet zur Paracentese ist die Gegend unterhalb des Hammergriffes, weil nach Verf.'s Erfahrungen Perforationen an diesen Stellen schlecht heilen und Veranlassung geben zur Verwachsung des Hammers mit dem Promontorium. Nach dem Trommelfellschnitt wird die Paukenhöhle durch die Luftdouche von ihrem Inhalt befreit. Die weitere Behandlung besteht in mehrmals täglich vorgenommener Eingiessung von $^1/_2$procentiger Carbollösung in das Mittelohr, in sorgfältiger Reinigung durch Ausspritzen mit sterilisirtem Wasser und Entfernung der Belegmassen des Trommelfells. Bei Spontandurchbruch wird ein gutes Resultat durch die gleiche Behandlung nur dann erreicht, wenn die Perforation an günstiger Stelle liegt und ein nicht zu grosser Defect entstanden ist. — Bei chronischer Mittelohreiterung empfiehlt Verf. neben gründlichen Ausspülungen mit den bekannten antiseptischen Lösungen die Eingiessung und Einstäubung von Sublimatalcohol (Spiritus dilutus 100,0 und Sublimat 0,1). Führt diese Therapie zu keinem Erfolg, so hat eine operative Behandlung Platz zu greifen, und räth Verf. auf Grund der von ihm gewonnenen Resultate speciell bei Caries zur Excision des Trommelfells und der Gehörknöchelchen, welche er in mehr als 100 Fällen ausgeführt hat. ... r.

Die Anwendung von Milchsäure bei chronischer suppurativer Otitis. Von Isidor Herrmann, M. D. (The Journal of the American Medical Association, 11. August 1888. — Therapeut. Monatshefte, Novbr. 1888.)

In Fällen von veralteter Otitis media, die bis dahin jeder Behandlung trotzten und theilweise durch Necrose einzelner Parthien des Felsenbeines complicirt waren, hat sich Verf. mit bestem Erfolge der Milchsäure bedient. — Es wurden täglich einige Tropfen der verdünnten Säure in das Mittelohr instillirt und ca. 20 Minuten darin gelassen. Gewöhnlich verschwand der üble Geruch bereits nach 3—4maliger Application und der Ausfluss selbst nach etwa 6wöchentlicher Behandlung. Die im Trommelfell vorhandenen Ulcerationen heilten nach örtlicher Behandlung mit Lapis mitigatus binnen wenigen Wochen aus, nachdem der Ausfluss gänzlich geschwunden war.

Bei dem vom Verf. geübten Verfahren muss man vor Allem den Meatus auditorius externus sowie die äussere Fläche des Trommelfelles kurz vor der Anwendung der Säure durch Bestreichen mit Vaselin, Oel und dergl. schützen, damit diese zu entzündlicher Reizung leicht geneigten Theile nicht mit der Säure in directen Contact kommen. Man beginnt zunächst mit 20procentigen Lösungen und geht allmählig zu immer stärkeren — bis zu 40 pCt. — über, sobald die Pat. die schwächeren gut vertragen. Nach jeder Sitzung wird fein pulverisirte Borsäure in den Meatus auditorius externus gespritzt, unter deren Application auch kleine Trommelfellperforationen verheilen. — Zeigen etwaige Läsionen in der Continuität des Trommelfelles keine Tendenz zur Heilung, so ist die Application eines künstlichen Trommelfelles indicirt, das die Patienten meist vertragen. Ist letzteres nicht der Fall, so sucht man dem Mittelohre durch Einblasen einer relativ grossen Menge Borsäure einen aus-

Digitized by Google

reichenden Schutz zu geben. Gewöhnlich verschmilzt letztere mit dem Ohrenschmalz zu einem ziemlich resistenten ringförmigen Wall, der im Centrum nur eine geringe Oeffnung lässt und auch dadurch, dass er eine bedeutende Besserung der Hörschärfe bewirkt, ein natürliches resp. künstliches Trommelfell zu ersetzen geeignet ist. L.

---

b) Rhinologische:

Heilung eines „Morbus Basedowi" durch Besserung eines Nasenleidens. Von Dr. Hopmann. (B. k. Wochenschr. No. 42, 1888.)

In der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 18. Januar cr. stellte Prof. B. Fränkel einen Fall vor, in welchem es sich um einen 17jährigen Patienten mit incompletem Morbus Basedowi (Tachycardie mit Struma, ohne Exophthalmus) handelte, der in Folge galvanocaustischer Behandlung einer Nasenstenose gebessert wurde. Fränkel wies aus diesem Anlass auf einen von Hack 1886 veröffentlichten Fall von Morbus Basedowi hin, der durch Galvanocauterisation der hyperplasirten unteren Muscheln geheilt wurde. Dabei scheint er jedoch übersehen zu haben, dass der erste einschlägige Fall, auf den auch Hack ganz am Schluss seiner Mittheilung hinweist, von Verf. bereits 1885 mitgetheilt worden ist. Dies veranlasst Hopmann, die in Rede stehende Beobachtung hier zu reproduciren.

Die 40jähr. Patientin trat am 11. October 1883 in Verf.'s Behandlung wegen Halsverschleimung, Räusperreiz nebst Husten und zeitweisem Auswürgen von festen Secretmassen aus dem Halse. Dabei klagte sie über eine ungemein grosse Hinfälligkeit und Schwäche in den Beinen, über Herzklopfen und Schmerzen in den Augen, ganz besonders im rechten. Die Stiche, der schmerzhafte Druck und die Spannung in den Augen sind mit periodischem Thränenträufeln verbunden und bestehen schon seit zwei Jahren ununterbrochen. Schon das Abtrocknen des Gesichts mit einem Handtuche verursache einen fast unerträglichen Schmerz in den Augen, besonders im rechten, ausserdem habe sie oft Mückensehen, „Wolken" vor den Augen, Abends Funkensehen und rechtsseitigen Stirnkopfschmerz. Der Blick hat etwas eigenthümlich Stieres, Druck auf die Bulbi, von denen besonders der rechte auffallend prominirt, ist sehr schmerzhaft, Puls 120 bis 136. Es besteht Rhinopharyngitis sicca mit ausgedehnter Borkenablagerung in der Nase und am Rachendache, rechts weit stärker ausgesprochen, als links. — Wegen der Augenaffection schickte Verf. die Patientin zur Cölner Augenklinik, wo Dr. Samelsohn die völlige Intactheit der dioptrischen Apparate und der Netzhaut feststellte, jedoch zeigte, dass beiderseits, ganz besonders am rechten Bulbus, das Gräfe'sche Phänomen in ganz ausgesprochener Weise sich nachweisen liess. Der Exophthalmus in Verbindung mit diesem, die sehr erhebliche Stenocardie und das allgemeine Schwächegefühl, besonders in den unteren Extremitäten, sowie die Abwesenheit aller sonstigen localen Ursachen für die Protrusio bulborum liess keinen Zweifel übrig, dass es sich in diesem Falle, obwohl eine nennenswerthe Anschwellung der Schilddrüse nicht nachweisbur war, um einen Morbus Basedowi handelte. — Verf. erinnert hier daran, dass dem alle 3 Haupt-

Digitized by Google

symptome (Exophthalmus, Tachycardie und Struma) darbietenden Morbus Basedowi eine incomplete Form zur Seite gestellt wird, bei der eines der 3 Symptome fehlt; ja nach v. Bamberger können sogar 2 derselben fehlen. Derselbe sagt darüber: „Es giebt Fälle, die sich Jahre lang hinziehen, nur mit Erscheinungen des Herzklopfens, andere nur mit Vergrösserung der Schilddrüse, oder nur mit Erscheinungen von Seiten des Bulbus (Exophthalmus bezw. Erweiterung der retrobulbären Blutgefässe)". In H.'s Fall war noch der Umstand bemerkenswerth, dass die Erscheinungen des Glotzauges nur rechts sehr deutlich ausgesprochen waren, während dieselben links in einem viel weniger deutlichen Grade bestanden.

Da Verf. nun schon wiederholt die Erfahrung gemacht hatte, dass hartnäckige Augenleiden sich von dem Augenblick an besserten, wo ein bis dahin vernachlässigtes Nasenleiden durch geeignete Behandlung gebessert wurde, so wandte er bei Behandlung der Patientin seine Aufmerksamkeit ganz besonders der Rhinopharyngitis sicca zu, die er seit vielen Jahren mit Einlage von Wattestreifen zu behandeln pflegte. Eine Ozaena, die Verf. seit Gottstein's bezügl. Publication in derselben Weise behandelte, war hier nicht vorhanden, sondern nur erhebliche Atrophie der Schleimhaut mit nicht foetider Eiterung derselben; in Folge letzterer und der erheblichen Weite der Nasengänge trocknete das Secret zu Borken ein und sammelte sich namentlich auch im Nasenrachenraum und am Rachendache an, bis es alle paar Tage unter grossen Beschwerden abgestossen wurde. Nachdem die Borken durch mehrtägigen Wattegebrauch erweicht und entfernt waren, trat schon eine gewisse Erleichterung in Betreff des Stirnkopfschmerzes, der Epiphora und des schmerzhaften Druckes im rechten Bulbus ein. Jetzt fand sich bei eingehender Untersuchung, dass in der rechten Nasenhöhle zwischen der atrophischen mittleren Muschel und der Bulla ethmoidalis vereinzelte, anscheinend von letzterer ausgehende kleinere Schleimpolypen herunterhingen, deren Verf. in den folgenden Tagen 3 Stück, im Mittel von der Grösse einer Kaffeebohne, entfernte. Einige Tage nach dieser Operation war eine auffällige Beserung der meisten Erscheinungen zu bemerken, von der Pat. behauptete, dass sie fast im unmittelbaren Anschluss an die Operation erfolgt sei: Der Puls von 120—136 Schlägen war auf 90—100 gesunken, Druck auf den rechten Bulbus schmerzte nicht mehr so heftig als früher, das Allgemeinbefinden hatte sich entschieden gehoben, die Kranke fühlte sich weit kräftiger und frischer, als früher. — Anfangs November war das Graefe'sche Phänomen rechts noch deutlich vorhanden, links nicht mehr. Am 10. November constatirt Verf. Abnahme der Mouches volantes, des Funkensehens im Dunkeln, des Druckschmerzes im rechten Bulbus; Exophthalmus zurückgehend, Puls 92—100. — Am 20. November constatirte Dr. Samelsohn ebenfalls erhebliche Besserung. 8 Tage später war auch rechts das Graefe'sche Phänomen nicht mehr nachweisbar und der Lidschluss normal, gar kein Druckgefühl in den Augen oder der Stirn, Puls 88—92. Pat. kann sich das Gesicht waschen oder abtrocknen, ohne im mindesten unangenehme Sensationen zu haben. — Die Watteeinlagen wurden consequent weiter gebraucht. — Anfangs April 1885 (nach 1½ Jahren) besuchte die Kranke den Verf. wieder, weil sie seit den letzten Monaten wieder von Rachenverschleimung geplagt wurde.

Digitized by Google

Sie hatte, da es ihr ganz gut ging, angefangen, die Watteeinlagen wegzulassen, bezw. sehr unregelmässig zu gebrauchen, worauf die Austrocknung der Nasen- und Rachenschleimhaut, sowie der Borkenansatz sich wieder geltend machten. Trotzdem waren niemals weder Schmerzen in den Augen, noch Epiphora oder sonstige Augenbeschwerden wieder aufgetreten. Polypen waren nicht recidivirt, Protrusio bulbi nicht vorhanden, Puls 92.

In diesem Zustande stellte Verf. die Patientin im Cölner allgemeinen ärztlichen Verein am 21. April 1885 vor. Seitdem ist sie noch einmal, im Juni 1886, für kurze Zeit in seiner Behandlung gewesen. Sie klagte damals, dass seit etwa $^1/_2$ Jahre wieder Mouches volantes, Wolken und Abends Funkensehen vorkommen, und dass seit 8 Tagen die Sehkraft bedeutend abgenommen habe, so dass sie jetzt fast blind sei. Dabei fühle sie sich schwach und elend; die Augen fingen wieder an, zu schmerzen und zu thränen, und es würde ihr bei anstrengenden Sehversuchen „wirr" im Kopfe. Das Graefe'sche Phänomen an den etwas vorstehenden Augen ist nicht mit Deutlichkeit zu constatiren, Herzklopfen zuweilen vorhanden, Puls 96, keine Struma. Fliegende Schmerzen im Rücken und an den Extremitäten. — Pat. hat seit $^3/_4$ Jahr keine Watteeinlagen mehr gebraucht, leidet viel an Trockenheit im Halse und räuspert fast jeden Morgen einen dicken Schleimklumpen aus. Polypen nicht recidivirt. Rhinopharyngitis sicca. — Die Erscheinungen wurden unter Wattegebrauch bald wieder besser, und dauerte es kaum 2 Wochen, dass Patientin wieder ganz gut sehen konnte.

Es handelte sich also um einen leichten Rückfall der Augenerscheinungen im Anschluss und in Abhängigkeit von einer Verschlimmerung des Nasenleidens, welche mit Besserung des letzteren wieder verschwand.

„Diesen Fall von Morbus Basedowi," schliesst Verf., „habe ich 1885 (mit mehreren anderen Fällen von Reflexneurosen bei Nasenleiden sehr verschiedener Art) in einem Vortrage über „Reflexneurosen und Nasentumoren" mitgetheilt, um Hack gegenüber den Nachweis zu führen, dass es zahlreiche Fälle giebt, wo seine Schwellkörpertheorie in keiner Weise zur Erklärung der Thatsachen ausreicht, ja letztere vielmehr derselben widersprechen. Denn wo kein Schwellgewebe mehr existirt, wie z. B. bei weit vorangeschrittenen Muschelatrophien der Rhinitis sicca, oder der Ozaena, kann auch nicht durch Vermittelung dieses Gewebes jener eigenthümliche Vorgang sich abspielen, der den Inhalt der Hack'schen Theorie ausmacht. Wenn eben auch die Hypothese als solche sich nicht als stichhaltig bewährte, so hat ihr Autor doch durch seinen energischen Hinweis auf das Abhängigkeitsverhältniss vieler Kopf- und Halsneurosen von Nasenleiden, besonders von solchen, bei denen Muschelhyperplasien vorhanden sind, sich bleibend verdient gemacht. Die bei Atrophie der Nasenschleimhaut entstehenden Reflexneurosen, auf welche ich Hack 1884 in Magdeburg aufmerksam machte, scheinen ihm entgangen zu sein, sie sind seltener, aber nicht weniger characteristisch, als die bei nervösen Muschelschwellungen und Polypen zu Stande kommenden. — Dass die Austrocknung der Schleimhaut, die auf der trockenen Haut wie angeleimten Borken und die epithelialen Substanzverluste (kleine Risse und Erosionen), welche bei Loslösung der Borken entstehen, die nasalen Nervenendigungen unter Umständen dauernd erregen können, kann weiter

Digitized by Google

nicht Wunder nehmen. Wie eine derartige Reizung auf andere Nervenbahnen übergehen und welche Veränderungen dadurch zu Stande kommen können, lässt sich mehr vermuthen, als erklären. Der Zusammenhang der Nasennerven mit dem Ganglion ciliare und dem Ganglion rhinicum und dadurch der enge Zusammenhang sensibler und sympathischer (Gefäss-) Fasern der Nase, der Augen und des Herzens ist anatomisch bis zu einem gewissen Grade zu verfolgen. Die physiologische Wechselwirkung dieser Nerven auf einander ist jedoch um so weniger leicht zu verstehen, als dieselbe von der noch unbekannten centralen Verknüpfung der Fasern und Zellen abhängt, welche man sehr mannigfach combinirt sich vorstellen kann. Ob ein dauernder Tonus von Seiten sensibler Nerven auf die Gefässnerven ausgeübt wird, wie temporäre Beeinflussungen des Füllungszustandes der Gefässe von Seiten sensibler Bahnen ohne Zweifel stattfinden, ist meines Wissens noch nicht sicher nachgewiesen. Wenn aber ein solcher Dauertonus von Seiten des Trigeminus auf einen motorischen Nerven, wie den Facialis, zu Stande kommt, wie Filehne dieses nachgewiesen hat, so ist erst recht wahrscheinlich, dass ein solcher auch auf die Gefässmusculatur vom Quintus her einwirkt. Periodische oder dauernde Störungen desselben (Erhöhung oder Verminderung) würden dann manche sogenannte Reflexneurosen erklären und erlauben, einzelne Fälle von Morbus Basedowi den letzteren zuzurechnen."

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Der recidivirende Zungenherpes bei Syphilitikern. (Herpès récidivant de la langue chez les syphilitiques.) Von Prof. Fournier. (Sémaine médicale, Juillet 1888 und Revue mens. de laryngol. No. 5, 1888.)

Diese Art von Herpes der Zunge wird bei syphilitisch gewesenen Patienten oft mit Syphilisrecidiven verwechselt; man brennt solchen Herpes gewöhnlich und leitet eine antisyphilitische Behandlung ein; es tritt natürlich Heilung ein, bis bald von Neuem ein Recidiv kommt; Patient glaubt sich noch immer syphilitisch in solchen Fällen, trotzdem die bestens geleitete antisyphilitische Behandlung nicht wirkt. Dieser Herpes, welcher keine Syphilis ist, entsteht auf dieselbe Weise, wie der recidivirende Herpes an den Genitalien, durch den beständigen Reiz, welchem die Mucosa ausgesetzt ist. Es ist wichtig, diesen recidivirenden Zungenherpes im Auge zu behalten, um nicht den Patienten unnützer Weise antisyphilitisch zu behandeln und ihn z. B. vom Heirathen abzuhalten. Dr. P. K.

Ueber Lippen-, Zungen- und Wangenepithelioma beim Weibe. (De l'épithéliome labial, lingual et jugal chez la femme.) Von Dr. Rochet. (La Province médicale, Mai 1887 und Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1888.)

Das Lippenepithelioma ist selten beim Weibe; das Verhältniss des Vorkommens an der Ober- und Unterlippe verhält sich wie 1 : 3, während dasselbe Verhältniss beim Manne blos 1 : 24 ist.

Digitized by Google

Der Verlauf des Leidens, sowie die Recidive sind viel günstiger, als beim Manne; vielleicht hängt dieser gutartige Verlauf mit dem häufigeren Sitz auf der Oberlippe zusammen.

Der Zungenkrebs ist auch viel seltener als beim Manne; Prognose, Verlauf, die unausbleiblichen Recidive sind aber dieselben.

Beginnt der Wangenkrebs auf der Mucosa, so ist der Verlauf rascher und ungünstiger; er ist ziemlich selten, seltener als beim Manne.

Alter und Heredität sind die beiden Hauptfactoren beim Entstehen dieser 3 Arten von Krebs; wegen des Unterschiedes des Vorkommens bei beiden Geschlechtern hat man die häufigeren Reize, welche beim männlichen Geschlechte vorkommen, in Betracht gezogen; letzteres ursächliche Moment ist aber nicht bewiesen. Rationeller ist die Neigung des Epithelioma, beim Weibe lieber die Brustdrüsen und den Uterus zu befallen, anzunehmen. Dr. P. K.

Nervöse Aphonie, geheilt durch locale Anwendung von Cocain. Von J. E. Schadle, M. D. (The med. and surg. Reporter, 29. Septbr. 1888. — Therapeut. Monatshefte, Novbr. 1888.)

Im August 1886 wurde Verf. von einem 15jähr. Mädchen consultirt, bei dem sich etwa 3 Monate vorher ein vollständiger Stimmverlust eingestellt hatte. Die Anamnese ergab, dass bereits vor 2 Jahren ein ähnlicher Anfall eingetreten war. Jede damals angewandte Behandlung hatte sich als erfolglos erwiesen; nach 6monatlichem Bestehen erfolgte eine spontane Wiederkehr der Stimme. Weiterhin konnte Verf. ermitteln, dass Pat. hereditär belastet war: ihre Mutter hatte in ihrer Jugend an hystero-epileptischen Anfällen gelitten. — Die Untersuchung ergab einen intensiven Catarrh des Nasenrachenraums; ausserdem bestand ziemlich profuser eitriger Ausfluss aus der Nase, deren Umgebung Sitz eines ausgebreiteten Eczems war. Patientin klagte über üblen Geschmack im Munde, Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen und über äusserst lästige, krampfhafte Ructus. — Die Untersuchung des Kehlkopfes ergab mässige Congestion, die sich über sämmtliche Parthien gleichmässig ausbreitete. Die Stellung der Stimmbänder deutete auf eine vollkommene functionelle Inactivität des Muskelapparates des Kehlkopfs.

Die Erfahrung, dass auch bei anderen Organen, insbesondere beim Urogenitalapparat, gegen locale Störungen, die ohne tiefere anatomische Läsion bestehen und mehr oder weniger nervösen Ursprungs sind, die Application des Cocaïn ausgezeichnete Dienste leistet, veranlasste Verf., auch in diesem Falle das Cocaïn örtlich anzuwenden. Es wurden mit 4%iger Cocaïnlösung getränkte Tampons in den Kehlkopf eingeführt und mehrere Minuten gegen die verschiedenen zugänglichen Theile des Larynx angedrückt. — Hierauf wurden mit der Kranken Sprechversuche angestellt, die das überraschende Resultat ergaben, dass sie, wenn auch mit etwas heiserer, näselnder Stimme (in Folge der complicirenden Catarrhe) die ihr vorgesprochenen Worte nachzusprechen im Stande war. Nach 2 Tagen wurde eine zweite Sitzung abgehalten, worauf Pat. ihre Stimme vollständig wiedergewann. — Die Catarrhe des Pharynx resp. Larynx wurden nebenher in gewöhnlicher Weise mittelst Irrigation antiseptischer Lösungen in den Nasenrachenraum, Galvanocaustik der Schleimhaut etc.

Digitized by Google

behandelt und verschwanden nach etwa 2monatlicher Behandlung vollständig.

Die Wirkung des Cocaïn hat man sich nach Verf. in diesem Falle so zu denken, dass die peripherische nervöse Sensibilität und die erhöhte Irritabilität des Muskelapparates des Larynx gemildert wurde. Durch die Application des Cocaïn wurde also die spastische Contraction der Adductoren, die in Folge dessen zuvor bestand, aufgehoben, so dass die Stimmbänder sich wiederum nähern und gespannt werden konnten.

Die ausserordentlich milde und dabei äusserst wirksame Methode, die auch werthvolle diagnostische Anhaltspuncte liefert, wird vom Verf. für geeignete Fälle aufs Wärmste empfohlen. L.

Ueber Sängerparese. (Cantatory Paresis.) Von J. Solis Cohen in Philadelphia. (The Medical News, 6. October 1888.)

Die Sängerparese ist Folge von Ueberanstrengung des Singapparates und giebt sich nur beim Singen kund, während die Sprechstimme nichts davon verräth. Beim Singen sind es auch nur Töne von bestimmter Höhe, welche misslingen. Der Spiegelbefund kann dabei ein vollständig negativer sein, oft sind nur wenig auffällige Veränderungen zu entdecken.

Bei der Behandlung kommen zunächst gänzliches Enthalten vom Singen, möglichste Schonung der Sprechstimme, Anwendung von Tonicis innerlich und percutane Faradisation des Kehlkopfes in Betracht. Später lasse man dann in vorsichtiger Weise wieder Singübungen anstellen, und zwar Anfangs mit Vermeidung der defecten Töne. Die Schonzeit der Stimme hat sich auf 1—2 Jahre zu erstrecken. A. Sch. (N.-Y.)

Blutung nach Tonsillotomie, durch Unterbindung gestillt. (Ligation of a Tonsil for Haemorrhage.) Von E. W. Clarke in New-York. (N.-Y. Med. Journal, 7. Juli 1888.)

Eine Stunde nach der an einem 22jährigen Manne ausgeführten Tonsillotomie starke arterielle Blutung aus der Gegend der Mitte des Stumpfes der linken Tonsille. Aethernarcose. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber ein Verfahren, die Einführung der Canüle nach der Tracheotomie entbehrlich zu machen. (Tracheotomy Without the Cannula.) Von Thomas Addis Emmet in New-York. (N.-Y. Med. Journal, 2. Juni 1888.)

Der bekannte New-Yorker Gynäcologe E. macht den Vorschlag, nach Ausführung des Luftröhrenschnittes wegen Croup ein längliches Stück der vorderen Trachealwand zu excidiren und die Ränder der Hautwunde mit den Rändern des Luftröhrendefects mittelst Silberdraht-Knopfnaht genau zu vereinigen. Es entsteht so eine elliptische Oeffnung, welche der Luft freien Durchtritt gewährt, ohne dass man nothwendig hat, eine Canüle einzuführen. Er erwartet eine Anheilung per primam der Hautränder an die Schleimhauträndern, wodurch der so unbequemen und nicht selten gefährlichen Granulationsbildung vorgebeugt würde.

A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

III. Inserate.

Die Krankheiten
der Nase und des Nasenrachenraumes
nebst einer Abhandlung
über Electrolyse
für
Specialisten, Chirurgen und practische Aerzte
von
Prof. Dr. Voltolini.
Mit 48 Abbildungen im Text und 3 Tafeln in Farbendruck.
Breslau bei E. Morgenstern. 1888.

KONSTANTE BATTERIEN.
Reinigers konst. Tauchbatterie
24 Elem., Stromwender, Galvanom. i. M.-A., in fein poliert. Kasten, Elektroden u. Zugehör. Gewicht 9,5 Ko., Preis M. 110.—.
REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.
Universitäts-Mechaniker.
Haupt-Katalog 80 Seit. 300 Abbildung.

BATTERIE F. GALVANOK.
Standbatterie, mit 4 Elementen und Rheostat, auch für Beleuchtung passend zu schalten. Höchst einfache Handhabung. Solide Konstr. Preis M. 67.—.
REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.
Universitäts-Mechaniker.
Haupt-Katalog 80 Seit. 300 Abbildung.

ZUR ELEKTROLYSE
nötige Apparate und Instrumente liefern wir in präziser Ausführung. Preis einer Batterie mit 5 Elem., 6 Punktur-Nadeln m. 2 Haltern und Schnüren M. 25.—.
REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.
Universitäts-Mechaniker.
Haupt-Katalog 80 Seit. 300 Abbildung.

GALVANOKAUST. GRIFFE
aller gebräuchlichen Systeme, sowie alle Arten galvanokaust. Brenner und transportable und stationäre galvanokaust. Batterien liefern wir in bester Ausführung.
REINIGER, GEBBERT & SCHALL, ERLANGEN i. B.
Universitäts-Mechaniker.
Haupt-Katalog 80 Seit. 300 Abbildung.

Inhalt.

I. Originalien: Kiesselbach: Ueber den Schleimgehalt der Nasenpolypen. — Suchannek: Zur Abwehr gegen Herrn Ziem's Referat über meine Habilitationsrede. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Gruber: Lehrbuch der Ohrenheilkunde mit besonderer Rücksicht auf Anatomie und Physiologie. (Schluss.) — Verhandlungen der otiatrischen Section der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Köln, 1888. (Schluss.) — Kessel: Ueber die Behandlung der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung. — Herrmann: Die Anwendung von Milchsäure bei chronischer suppurativer Otitis. — b) Rhinologische: Hopmann: Heilung eines „Morbus Basedowi" durch Besserung eines Nasenleidens. — c) Pharyngo-laryngologische: Fournier: Der recidivirende Zungenherpes bei Syphilitikern. — Rochet: Ueber Lippen-, Zungen- und Wangenepithelioma beim Weibe. — Schadle: Nervöse Aphonie, geheilt durch locale Anwendung von Cocain. — Cohen: Ueber Sängerparese. — Clarke: Blutung nach Tonsillotomie, durch Unterbindung gestillt. — Emmet: Ueber ein Verfahren, die Einführung der Canüle nach der Tracheotomie entbehrlich zu machen. — III. Inserate.

Dieser Nummer liegt das Sach- und Namenregister des Jahrg. 1888 bei.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

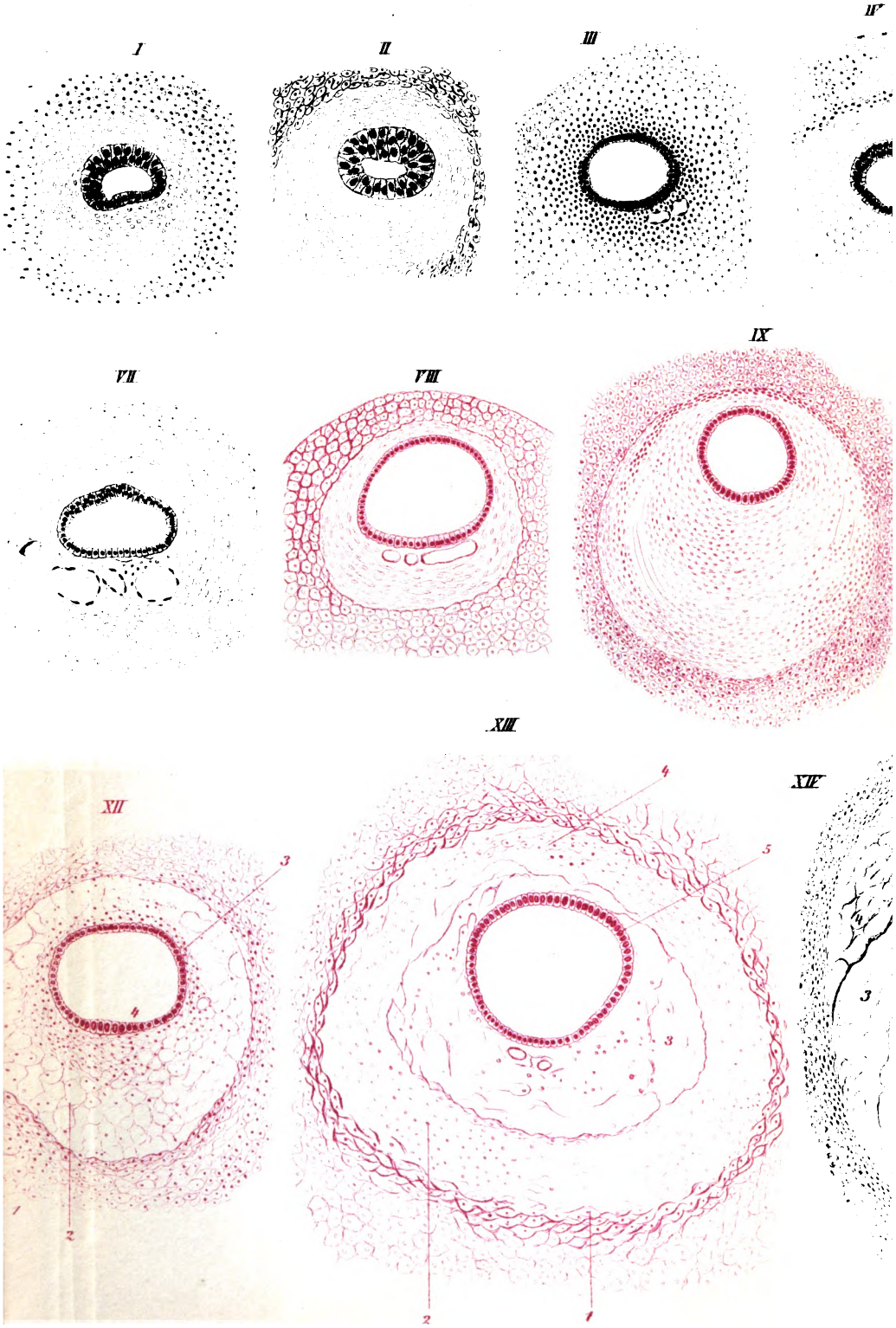
Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

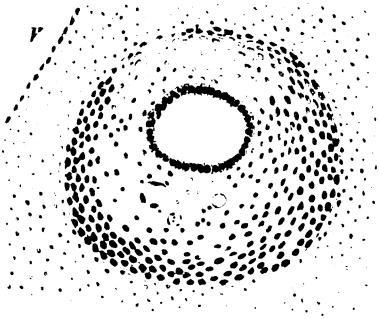
Digitized by Google

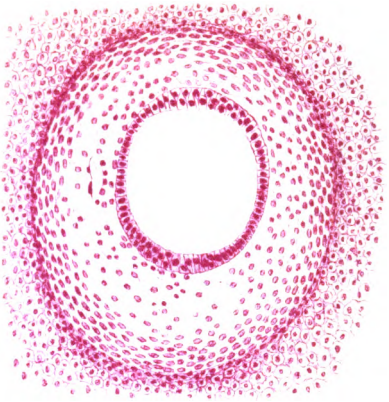
Digitized by Google

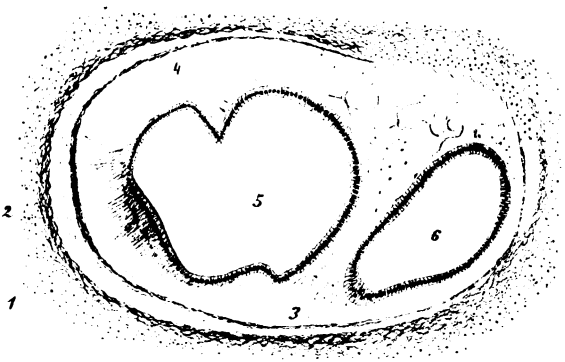


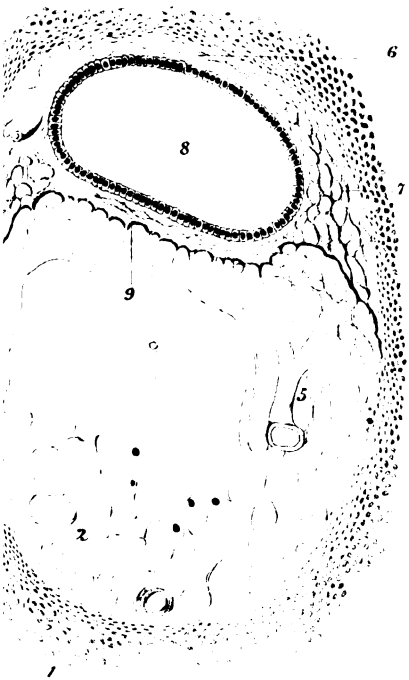
Digitized by Google

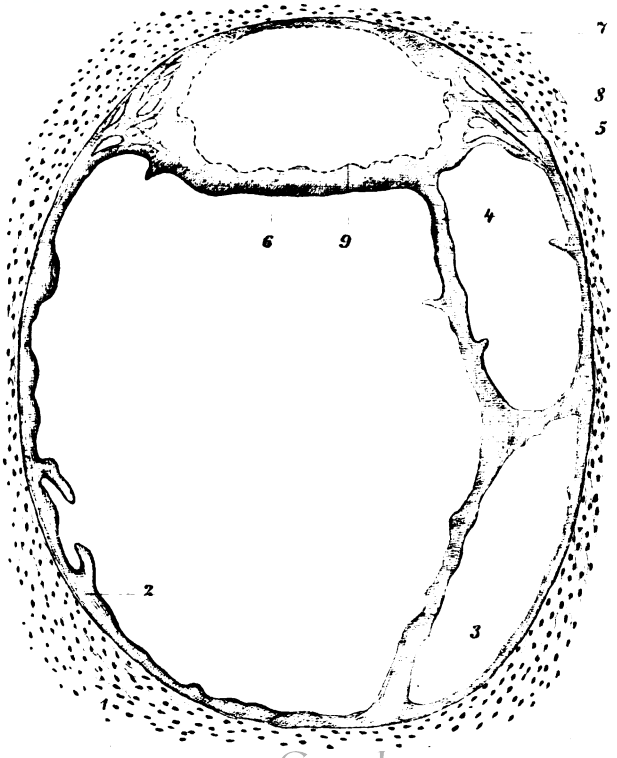
pf gez u. lith.











Digitized by Google

Joh. Roth sel. Wtt. Min

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07580 3232

Digitized by Google

Digitized by Google